Nr. 6. 7. lutego 1932. Rok XI.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁADY KLINICZNE.

Doc. Dr. Henryk HILAROWICZ, Adjunkt Kliniki. Lwów.

Zagadnienia nowoczesnej techniki uśmierzania bólu w czasie operacyj chirurgicznych.

(Z uwzględnieniem materjału kliniki za czas 1920—1931) *).

Z kliniki chirurgicznej U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. H. Schramm.

I. Część ogólna.

Jednem z najżywotniejszych zagadnień nowoczesnej chirurgji jest sprawa uśmierzania bolu przy operacjach, czyli znieczulania w ogólnem tego słowa znaczeniu.

Zapatrywania na tę sprawę uległy w ostatnich latach zasadniczej zmianie przedewszystkiem w kierunku uwzględniania stosunku znieczulenia do ustroju chorego i żądania, by ustrój wskutek znieczulenia, będącego zawsze mniej lub więcej szkodliwem *malum necessarium*, ucierpiał jak najmniej. Zwrot ten chirurgja zawdzięcza przedewszystkiem zbliżeniu się swemu do fizjologji, chemji i fizyko-chemji żywego ustroju, a wielkie zdobycze na tem polu musiały się odbić żywem echem i w zagadnieniu znieczulania. Olbrzymia ilość prac doświadczalnych i prób klinicznych świadczy o ciągłej dążności do ulepszania metod znieczulania ogólnego i miejscowego i jest dowodem, jak wielkie znaczenie przypisuje się mu obecnie i jak żywem jest zainteresowanie się tą sprawą.

Dalecy jesteśmy od tego, aby posiadać idealny, t. j. pozbawiony wszelkich niebezpieczeństw środek, uśmierzający ból w czasie operacji, który dałby się zastosować u wszystkich chorych. Wiemy dziś, że niebezpieczeństwa te nie ograniczają się do tu i ówdzie zdarzających się wypadków śmierci lub zatruć na stole operacyjnym i nie kończą się z chwilą zejścia zeń chorego, lecz że i później grożą mu liczne następstwa niemniej poważne, których związek z znieczuleniem, zwłaszcza dawniej, niezawsze był uchwytny. Tyczy się to przedewszystkiem znieczulenia ogólnego, które w jego najczęściej używanych formach możemy, opierając się na licznych pracach doświadczalnych i nowszych teorjach mechanizmu narkozy określić jako poważne zaburzenie w układzie koloidów ustroju o wybitnym, ujemnym wpływie na najważniejsze stałe życiowe komórki. Zmiana przepuszczalności błony komórkowej, w myśl teorji narkozy Höbera, zahamowanie czynności różnych zaczynów komórkowych, według teorji adsorbcyjnej Warburga, tłumaczą zaburzenia w przemianie materji komórki i w związanych z tem przejawach życiowych; idą za tem zmiany, które dadzą się już łatwiej wykazać we krwi, jak zaburzenia izotonji, izojonji, a o ile chodzi o jony H — równowagi kwasowo-zasadowej, groźne zwłaszcza wtedy, gdy narządy wydzielnicze, regulujące nie są zupełnie zdrowe. Zmiany te oraz wybiórczy, szkodliwy wpływ niektórych narkotyków na te właśnie narządy są dowodem, iż myśl o absolutnie nieszkodliwem znieczuleniu ogólnem jest do pewnego stopnia utopją, i że możemy jedynie dążyć do zmniejszenia i ograniczenia jego niebezpieczeństw.

Przedewszystkiem zwrócono się już przed laty w tym celu ku znieczuleniu miejscowemu, w którem odpada rzeczywiście lub ogranicza się znacznie cały szereg wyżej wymienionych zaburzeń. Wielkie jednak nadzieje, pokładane w znieczuleniu miejscowem, jako sposobie, który mógłby wyprzeć znieczulenie ogólne, nie ziściły się bynajmniej; na przeszkodzie stanęły z jednej strony granice techniczne, z drugiej farmakologiczne, zakreślone jadowitością środków miejscowo-znieczulających względem układu nerwowego centralnego oraz w znaczniejszym jeszcze stopniu wzgląd na stronę duchową, na „psyche" chorego. Ta ostatnią sprawę zaniedbywano do ostatnich prawie lat, a dążność do udoskonalenia techniki znieczulania miejscowego, dostania się igłą do różnych elementów czuciowych, jak pni i zwojów nerwowych, zapomocą złożonej i trudnej nieraz metodyki, tak opanowała chirurgów, że wzgląd na zadawane przytem cierpienia nieraz bardzo znaczne oraz strach u wrażliwych chorych przed operacją, mającą się odbyć bez uśpienia, schodziły na plan drugi, byle tylko dokazać sztuki obejścia się bez eteru. Okres ten, zgodnie z duchem czasu, przeżywała i Klinika Lwowska, jednakże w stopniu umiarkowanym, jak to wykazuje zamieszczona w drugiej części niniejszej pracy statystyka.

Dziś zapatrywania na sprawę powyższą zmieniły się znacznie. Wiemy, że strach ten oraz przetrwanie samej operacji nawet przy udanem znieczuleniu stanowią uraz psychiczny mniej lub więcej znaczny, którego winniśmy uniknąć nietylko ze względów humanitarnych, ale też z uwagi na groźne nieraz, jak np. przy chorobie Basedowa, skutki cielesne. Ta dążność do uniknięcia urazu psychicznego, od którego nie jest wolnem i zwykłe uśpienie inhalacyjne a równocześnie troska o ulepszenie farmakologiczne i techniczne znieczulenia miejscowego, do pewnego stopnia rywalizują ze sobą. Jest to powodem przepełnienia piśmiennictwa chirurgicznego ostatnich lat nowemi metodami, środkami i aparatami, po których ciągle zjawiają się nowe; jeżeli do tego dodamy, że każda metoda ma swoich zwolenników i przeciwników, łatwo zrozumieć, iż w omawianej tu sprawie panował i panuje jeszcze pewien zamęt oraz trudność wyboru najodpowiedniejszego dla danego przypadku sposobu. Wyjaśnienie trudności odpowiedniego indywidualizowania najważniejszej dziś zasady uśmierzania bólu przy operacjach jest zadaniem niniejszej pracy.

Dla celu tego koniecznym jest krótki przegląd naszego obecnego arsenału środków i sposobów do znieczulania ogólnego i miejscowego wraz z ich zaletami i wadami.

Drogi, któremi możemy wprowadzić środek znieczulający ogólnie do ustroju, są następujące:

1) Nabłoek oddechowy w płucach przy narkozie oddechowej czyli inhalacyjnej. 2) Układ krążenia przy wprowadzeniu bezpośrednio do krwi w narkozie śródżylnej. 3) Nabłonek jelita grubego przy narkozie dokiszkowej, wśródprostniczej. 4) Tkanki pośrednie, z których środek dostaje się do krwi, jak podskórna, mięsień, przy narkozie zapomocą odnośnych injekcyj; tu należy też narkoza dootrzewnowa, stosowana u zwierząt.

Najczęstszą i zasadniczą metodą pozostaje nadal narkoza oddechowa, wymagająca narkotyku o postaci gazowej lub też płynnej, parującej łatwo w ciepłocie pokojowej. Główną, wspólną cechą wszystkich rodzajów narkozy oddechowej jest wprowadzanie środka przez nabłonek oddechowy oraz, co ważniejsza, wydzielanie się go tą samą drogą, co pozwala na określenie tego rodzaju uśpienia również jako wydechowego (ekshalacyjnego). Te dwie własności pozwalają w każdej chwili przerwać dopływ narkotyku przy nieprzerwanem, szybkiem wydalaniu lotnego środka przez płuca, które możemy podtrzymywać nawet w razie porażenia ośrodków oddechowych nadal zapomocą oddechania sztucznego! Umożliwia to t. zw. sterowanie narkozy, najważniejszy dziś jej postulat, t. j. pogłębianie i czynienie płytszą zależnie od potrzeby chwili; cała ilość narkotyku nie dostaje się naraz do ustroju, lecz jako małe dawki, podane w przeciągu dłuższego okresu czasu, przyczem głębokość narkozy zależy od różnicy pomiędzy sumą dopływu, a odpływu narkotyku, pozostałą w danej chwili. Nie mamy tu do czynienia z wprowadzeniem jednej stałej ilości narkotyku, której to czynności nie możemy już cofnąć, odwrócić, lecz z sumą małych dawek, których regulacja jest tem dokładniejsza, im pojedyńcze dawki są mniejsze. Podawanie więc narkotyku drogą płuc, jest ze względu na możność dokładnego i łatwego stosunkowania dowozu i wywozu narkotyku idealnem i pod tym względem przedstawia maximum bezpieczeństwa dla chorego. Jak każdy zresztą sposób ma pewne odwrotne strony medalu — a temi są działania drażniące na drogi oddechowe, blokada ust i nosa oraz mniejsza lub większa jadowitość użytego narkotyku.

Jak dawniej, tak i dziś, podstawową metodą inhalacyjną jest uśpienie eterowe, wprowadzone przez Mortona i Warrena w r. 1846 w Bostonie. Dla użycia eteru jest miarodajnem jego działanie szkodliwe na ustrój. Wydalanie z krwi przez płuca jest nader szybkie, tak, że już po 2 godzinach pozostają zaledwie ślady. Działanie na mięsień sercowy jest nieznaczne, co było głównym argumentem przeciw chloroformowi; po dłuższej jednak narkozie eterowej występuje spadek ciśnienia krwi i skłonność do zapadu,

*) Według wykładu wygł. na pos. Tow. Lek. Lw. dn. 9. X. 31.

w znacznie jednak słabszym stopniu, jak przy innych narkotykach oddechowych, z wyjątkiem gazów. Słabszą stroną eteru jest działanie drażniące na drogi oddechowe, połączone ze zwiększonem wydzielaniem śliny i śluzu, co można jednak znacznie ograniczyć przez podawanie przed narkozą atropiny, różne ulepszenia techniczne (p. n.), a przedewszystkiem przez zmniejszenie dawniej używanych wielkich ilości eteru, dzięki wprowadzeniu uśpienia kombinowanego (p. n.). Związek uśpienia eterowego z pooperacyjnem zapaleniem płuc niewątpliwie był przeceniany; znamy bowiem cały szereg przyczyn tego ostatniego, nie mających z eterem nic wspólnego — jak zawały w płucach, bezpośrednie przenoszenie się zakażenia, bolesność ruchów oddechowych po górnych laparotomjach, osłabienie krążenia i inne, które same przez się wystarczają, aby i przy użyciu znieczulenia miejscowego wywołać pooperacyjne zapalenie płuc. Z drugiej jednak strony uśpienie eterowe, zwłaszcza dłuższe, stwarza niejako dyspozycję dla zadziałania tych przyczyn, wskutek czego ilość pooperacyjnych powikłań płucnych przy użyciu eteru w przypadkach szczególnie nasilonych jest niewątpliwie większą, przebieg ich cięższy, niż przy użyciu znieczulenia miejscowego. (patrz cz. II.).

Ważnem jest działanie szkodliwe eteru na czynność wątroby oraz zjawiające się już w czasie uśpienia zakwaszenie ustroju. Przy wyborze eteru, jako sposobu znieczulenia ogólnego, musimy mieć powyższe szkodliwe własności jego na uwadze, unikając go przedewszystkiem tam, gdzie szkodliwe działanie sumuje się z już istniejącem lub stworzonem przez operację patologicznem podłożem! (p. n.). Z tem wszystkiem jest niebezpieczeństwo bezpośrednie uśpienia eterowego bardzo niewielkie i zależy prawie wyłącznie od grubego przedawkowania, błędów technicznych lub nieostrożności (asfiksja toksyczna); toteż zejścia śmiertelne bezpośrednie wskutek narkozy należą do rzadkości, jak to wykazują cyfry dawniejsze 1:5000 (Gurlt), 1:6000 (Neuber) oraz nowsze 1:8000 (Miller, Breitner), a nawet i 1:20000 i 1:49000!

Nasza statystyka nie wykazuje ani jednego wypadku śmierci takiej, na wiele tysięcy przypadków (p. cz. II.); a należy się spodziewać, że ulepszenie techniki uśpienia eterowego oraz wprowadzenie uśpienia kombinowanego pozwoli uzyskać bezpieczeństwo prawie absolutne! Dlatego też dziwnem się wydaje, że w niektórych krajach, jak Francji, gdzieniegdzie w Niemczech oraz tu i ówdzie i u nas używa się jeszcze do uśpienia ogólnego chloroformu, jakkolwiek niedawno zestawiono (Reichel) aż 11 przypadków śmierci chloroformowej! Działanie tego narkotyku jest wprost zabójcze. Rozpiętość pożyteczna jest bardzo mała, gdyż zawartości chloroformu we krwi przy dawce leczniczej i trującej leżą bardzo blisko siebie! Krwinki, za pośrednictwem których odbywa się transport chloroformu, ulegają hemolizie, wskutek czego cierpią bardzo wszelkie procesy utleniania. Niszczącym jest wpływ chloroformu na układ krążenia (śmierć w czasie narkozy), a zwłaszcza na wątrobę, która okazuje zwyrodnienie i nacieczenie tłuszczowe aż do ostrego żółtego zaniku; wpływ szkodliwy na wątrobę i jej czynność jest powodem śmierci później po chloroformie. Zjawiające się już po krótkiem uśpieniu chloroformowem bilirubinemja i urobilinurja, zmniejszenie wydzielania żółci, silne zakwaszenie ustroju, zwiększenie poziomu cukru krwi oraz wystąpienie w moczu produktów nieprawidłowej przemiany materji powinny być dla nas wystarczającem i groźnem memento, aby chloroform zarzucić raz na zawsze, nawet u dzieci, dla których tylko pozornie jest mniej szkodliwy. To samo tyczy się zdaniem mojem różnych mieszanek, zawierających chloroform, jak znanej mieszanki Billrotha oraz stosowanego we Francji „balsoformu" (chloroform, eter, chloretyl, gomenol). Śmiertelność, określana cyfrą 1:2000 niewątpliwie jest znacznie większą, gdyż wiele przypadków śmierci niewątpliwie zostaje w poczuciu winy zatajoną, a uchodzą również rejestracji przypadki śmierci chloroformowej później. Pytanie „chloroform czy eter?" nie jest już kwestją upodobania, lecz sumienia!

Liczne ulepszenia techniczne uśpienia oddechowego oraz zastosowanie do celów jego gazów stwarzają w niem groźnego współzawodnika wszelkich innych sposobów. Do wad zwykłej narkozy zapomocą maski Schimmelbuscha należy znaczne oziębienie wdychiwanej mieszaniny przez parujący eter, które dochodzi do + 5 — + 4, a co jak to już zauważył w r. 1901 Henle, w znacznym stopniu przyczynia się do powikłań płucnych. Toteż w nowoczesnych maszynach do uśpienia eterowo-tlenowego ogrzewa się mieszankę zapomocą specjalnych patronów ogrzewających (jak w typie Tiegel-Henle-Sauerbruch).

Dalszem ulepszeniem jest urządzenie, umożliwiające zaoszczędzanie eteru przez ponowne wdychiwanie go po zresorbowaniu dwutlenku węgla i domieszce świeżego tlenu. Wreszcie aparat dodatkowy, pozwalający na dodanie do mieszanki eterowo-tlenowej w dowolnej chwili pewnego procentu dwutlenku węgla celem pobudzenia ośrodków oddechowych (Działoszyński). Zaletą maszyn do narkozy eterowo-tlenowej jest możność zastosowania w każdej chwili sztucznego oddechania czystym tlenem oraz uzyskiwania nadwyżki ciśnienia przy operacjach w klatce piersiowej. Niektóre z wyżej przytoczonych korzyści uzyskuje się poniekąd z pomocą maski Ombrédanne'a, używanej w Klinice Lwowskiej od lat kilku; pozwala ona na zaoszczędzenie tlenu, a dzięki wdechiwaniu mieszaniny ogrzanej i zawierający stopniowo zwiększany procent eteru unika się podniecenia oraz podrażnienia dróg oddechowych. Wbrew niektórym niekorzystnym opinjom musimy maskę tę określić jako bardzo praktyczny i celowo pomyślany przyrząd, który powinien o ile możności zastąpić zwykłą maskę do narkozy kroplowej.

Przy krótkotrwałych zabiegach nie możemy obejść się bez użycia chloretylu; działanie tego środka na krążenie, oddech i przemianę materji jest pokrewne chloroformowi, a zastosowanie w praktyce umożliwia jedynie jego wielka lotność, dzięki czemu szybko opuszcza organizm. Śmiertelność uśpienia chloretylowego obliczają na 1:12000—1:17000—1:36000 (Miller, Lotheisen, Luke), a ze statystyki Haywarda, który zestawił 22 przypadków śmierci chloretylowej ze 127 klinik, wynikałoby, że nie jest to środek zupełnie bezpieczny. W Klinice Lwowskiej nie zdarzył się ani jeden wypadek śmiertelny na blisko 6.000 narkoz chloretylowych; warunkami bezpieczeństwa są: 1) unikanie chloretylu u dzieci, które są nań bardzo wrażliwe, 2) wykluczanie od tego uśpienia chorych z nieprawidłowościami narządu krążenia, zwłaszcza zwyrodnieniem mięśnia sercowego, 3) używanie chloretylu wyłącznie do uśpienia krótkotrwałego, a w razie potrzeby przedłużenia tegoż przejściem do eteru, co pozwala uzyskać bardzo dobre i wolne od podniecenia uśpienie! Podobne do chloretylu własności ma solestyna, wygodniejsza w użyciu, wywołująca jednak łatwiej stany podniecenia.

Zalety uśpienia oddechowego uwydatniają się jeszcze bardziej przy użyciu doń narkotyków gazowych. Główną ich zaletą jest, że nie działają na tkanki jako jady komórkowe, jak chloroform lub eter, są więc dla organizmu bardzo mało szkodliwe, wymagają one jednak specjalnych przyrządów oraz bardzo czystych i kosztownych produktów, wskutek czego bywają stosowane w niektórych tylko klinikach, a nawet niektórych tylko krajach.

Najdawniej znanym gazem jest podtlenek azotu N_2O, czyli gaz rozweselający (Priestley 1776). Do celów krótkotrwałej narkozy został użyty w 1844 r. przez Wellsa, wobec jednak wprowadzenia w r. 1846 przez Warrena eteru poszedł w zapomnienie, stosowany jedynie tu i ówdzie przez dentystów dla krótkiego oszołomienia. Obecnie dzięki uzyskaniu bardzo czystego preparatu wybija się gaz ten na czoło wszelkich nowoczesnych sposobów oddechowego uśpienia. Wyparłby on niewątpliwie wszelkie inne środki ogólno-narkotyczne, jako prawie nieszkodliwy dla ustroju, zdolny do opuszczenia go w zupełności już w kilka minut po dłuższej narkozie, bezwonny, nie wybuchający, gdyby nie to, że obowiązkowa zawartość 20% tlenu w dostarczanej choremu mieszaninie nie zawsze wystarcza do uzyskiwania głębokiej narkozy, a przy zmniejszeniu jej łatwo może przyjść do sinicy i objawów duszenia. To też tylko około 35% przypadków obchodzi się bez dodatku eteru. Zaletą główną jest, jak podniesiono, zupełna nieszkodliwość względem narządu krążenia, oddechania, wątroby, nerek i przemiany materji, a zdarzające się wypadki asfiksji zależą przeważnie od nieuwagi usypiającego i złej techniki, która, nawiasem mówiąc, musi być doskonale opanowaną! Gaz rozweselający posiada swe przeciwwskazania, do których przedewszystkiem należą stany znacznego zmniejszenia powierzchni oddechowej lub utrudnienia wymiany gazów; nieszkodliwość jego względem innych narządów stanowi o specjalnych wskazaniach, o których wspomniemy poniżej.

Z innych gazów należy wymienić acetylen, wprowadzony przez Wielanda i Gansa, a zwany fabrycznie narcylenem. Obok zalety nieszkodliwości odznacza się gaz ten bardzo cennem działaniem, wzmagającem ciśnienie krwi, nie pozwala jednak na uzyskanie dostatecznego dla laparotomji zwiotczenia mięśni, a niebezpieczeństwo wybuchu nawet bez udziału płomienia ogranicza bardzo jego użycie w praktyce.

Wreszcie etylen, używany często w Ameryce, a posiadający w porównaniu z poprzednio wymienionemi gazami zalety łatwiejszego uzyskiwania zwiotczenia powłok brzusznych i pewniejszego uniknięcia sinicy przy pełnej narkozie. Zapach, niebezpieczeństwo wybuchu i trudności produkcji, ograniczają jego rozpowszechnienie.

Dok. nast.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Prym. Dr. W. GEMSKI, Kierownik ambulatorjum Szpit. Izraelickiego im. Lazarusa we Lwowie. Lwów.

O nadciśnieniu tętniczem pierwotnem.

Nadciśnienie, jako problem kliniczny, jest dawno znane, gdyż już w drugiej połowie XIX wieku znajdujemy prace o nadciśnieniu, napisane przez Bascha i Hucharda. Jako jednostka chorobowa samoistna, powstała dopiero po wynalezieniu aparatów do mierzenia ciśnienia krwi przez Bascha, Recklinghausena, Riva-Rocciego, Pachona i innych. Ciśnienie jest ośrodkowo regulowane i utrzymuje się na stałej wysokości nawet w stanie patologicznym. Regulowanie przystosowuje czynność serca do oporu w krążeniu. Bodźce zmieniające ciśnienie usadawiają się jużto w ośrodku regulującym lub w nerwach naczyniowych, lub też w samem sercu. Przy chorobliwem nadciśnieniu znajdujemy często chwiejność w ciśnieniu i zwiększoną skłonność do skurczu naczyń, co świadczy o zwiększonej pobudliwości. Można sobie łatwo przedstawić, że przy nadciśnieniu ośrodek regulujący jest wyżej nastawiony, — podobnie jak to jest przy gorączce. Jakie wpływy działają, że przychodzi do tej zmiany, nie wiemy. Nadwrażliwość może powstać przez przemęczenie lub przez silne działanie bodźców wewnętrznych lub zewnętrznych (psychicznych, hormonalnych i chemicznych).

Patogeneza i etjologja nadciśnienia pierwotnego.

Ciśnienie krwi może być podwyższone:
1) Wskutek wzmożonej pracy serca,
2) wskutek wzmożonej masy krwi,
3) wskutek podwyższenia oporu w obwodowem krążeniu:
a) przez zmianę w lepkości krwi *(viscositas)*,
b) przez zmniejszenie przekroju ogólnego najmniejszych tętniczek.

Serce samo przez się nie wpływa naogół na podniesienie ciśnienia, z wyjątkiem niektórych postaci choroby Basedowa lub pospolitego częstoskurczu.

Przy zmianach miażdżycowych tętnicy głównej stwierdzamy raczej obniżenie ciśnienia krwi. Dawniej zbyt wielki nacisk kładziono na motor centralny — serce lub tętnicę główną. Również stwardnienie innych tętnic powyżej tętnicy ramieniowej nie wpływają na ciśnienie.

Wiemy, że serce jest siłą popędową, tętnice i żyły rurami rozprowadzającemi krew, a naczynia włosowate odżywiają tkanki. Doświadczenia ostatnich lat przekonały nas, jak wielce powikłany jest problem, związany z dopływem krwi do naczyń włosowatych i wymianą gazów, składników białkowych i elektrolitów między naczyniami włosowatemi, a tkanką. Jakie procesy fizjologiczne lub chemiczne wywołują te czynności, o tem wiemy niewiele. U jednokomórkowych istot nastawienie elektrolitów wywołuje wprost procesy biochemiczne, zaś u istot wyższych układ nerwowy jest pośrednikiem między motorem centralnym — sercem a naczyniami włosowatemi.

Czynniki zewnętrzne — cieplne, chemiczne, jako też wewnętrzne, a szczególnie hormonalne, wywołują skurcze naczyń włosowatych, względnie naczyń przedwłosowatych, poczem następuje zmiana w ciśnieniu. To ciśnienie zmienia się z chwili na chwilę wskutek działań psychicznych. Te zmiany w normalnych warunkach i w spokoju nie są wyższe ponad 40 cm H_2O; w patologicznych zaś warunkach te wahania w ciśnieniu mogą być znacznie wyższe.

Największym zbiornikiem krwi są naczynia brzuszne. Wystarczają one zupełnie, aby pewna ilość krwi zatrzymała się w nich dla wyrównania ciśnienia. Jansen, Tams i Achelis nazwali naczynia brzuszne regulatorem ciśnienia. Skurcz naczyń skórnych nawet całego ciała nie zdoła wywołać podniesienia ciśnienia stałego. Dotychczas myślano, że zwężenie naczyń brzusznych wywołuje wyrównawcze rozszerzenie naczyń obwodowych (prawo Dastre-Morata), jednak Bayliss wykazał, że może nastąpić równoczesny skurcz naczyń odnóży i naczyń narządów wewnętrznych. Naczynia wewnętrzne jak również i obwodowe rzadko okazują zmiany anatomiczne względnie sklerotyczne (Jores, Ricker, Fahr, Watanabe). Widzimy często arterjosklerozę nerek ze skomplikowanem krążeniem, a mimoto ciśnienie nie jest podwyższone. Jak widzimy, mechaniczna przeszkoda wskutek arterjosklerozy również nie wchodzi w rachubę przy powstawaniu nadciśnienia stałego.

Prawo Posseuille'a brzmi: jeżeli zmniejszymy promień rury do połowy, to przy równem ciśnieniu przepływa przez tę rurę 1/16 część płynu — a więc zmiany promienia rury powodują wprost proporcjonalne zmiany przepływu w 4 potędze. Jeżeli lepkość płynu zwiększy się w dwójnasób, spadek ciśnienia i szybkość przepływającego płynu zmniejszą się do połowy, — to ilość płynu przepływającego będzie wynosiła połowę, z czego wniosek, że lepkość płynu, szybkość i ciśnienie stoją w prostym stosunku do promienia rury. Z prawidła tego wynika, że lepkość płynu, spadek ciśnienia i szybkość przepływu mają podrzędne znaczenie przy powstawaniu nadciśnienia i że głównym czynnikiem jest zmniejszenie lub zwiększenie przekroju rury (naczyń krwionośnych). Gad, Campbell, Schlayer wykazali, *że skurcz tętnic przedwłosowatych (prekapilarów) jest głównym czynnikiem przy powstawaniu nadciśnienia pierwotnego.* Kylin i Vollhard przyjmują, że podwyższenie ciśnienia jest zależne od skurczu naczyń włosowatych. Naczyniom włosowatym przypisują także znaczenie przy powstawaniu nadciśnienia w zapaleniu kłębkowem nerek. Vollhard wykazał, że w tej chorobie nadciśnienie powstaje wskutek obrzęku śródbłonków. To zapalenie jest jednak chorobą przejściową i dlatego nie można jej zaliczyć do chorób z nadciśnieniem stałem. Przy omawianiu nadciśnienia stałego można wyjść z dwóch założeń: czynnościowego i anatomicznego. Nadciśnienie stałe powstaje z powodu zaburzeń biologicznych. Powody i skutki mogą być różne. Z zaburzeń czynnościowych mogą powstać organiczne tak, iż między zmianą czynnościową a organiczną trudno czasem postawić ostrą granicę. Musimy się nauczyć oceniać wypadki na podstawie zaburzeń biologicznych, a nie według zmian anatomicznych.

Badania doprowadziły do zupełnego uzgodnienia poglądów, że *przyczyną nadciśnienia pierwotnego są zmiany w krążeniu obwodowem, w naczyniach przedwłosowatych, dalej, że zajęte muszą być naczynia na bardzo wielkiej przestrzeni.* (Johnson, Pal, Müller, Krehl, Romberg, Bergmann, Kauffmann).

Tak omówiliśmy pokrótce mechanizm powstania nadciśnienia pierwotnego.

A) Dziedziczność w nadciśnieniu pierwotnem.

Już od dłuższego czasu dziedziczności w chorobach przemiany materji przypisywano wielkie znaczenie. Zwłaszcza francuscy autorzy podnosili i oznaczali to zjawisko mianem *„la famille artropathique“, „la famille neurasthénique“*. Odkąd nadciśnienie pierwotne zostało uznane za samoistną jednostkę chorobową, uwaga nasza skoncentrowana została na warunki dziedziczenia tej choroby. Dawno już Müller i Kylin zauważyli, że w anamnezie często napotykano w rodzinie na wysokie ciśnienie. Jednak badanie systematyczne w tym kierunku podjęli jako pierwsi Weitz i Kämmerer. Oni też twierdzili, że rodzice, rodzeństwo, a nawet dalsi krewni na tę samą chorobę cierpieli. Później także Vollhard zwrócił uwagę na dziedziczność w nadciśnieniu. W roku 1926 w Nauheimie omówił Weitz typowy przykład rodziny hipertoników. Weitz podaje, że na 82 przypadków nadciśnienia dokładnie zebrane anamnestycznie daty wykazały, że w 63 przypadkach, a więc 76.8% — jedno z rodziców na tę chorobę zmarło, w pozostałych zaś 19 przypadkach 3 razy u dwóch, a 10 razy u jednego z rodzeństwa stwierdzono nadciśnienie; tylko w 6 przypadkach nie można było żadnej ascendencji wykazać. Wichman i Pal badaniami swojemi potwierdzili wyniki Weitza i doszli również do przekonania, że dziedziczność jest ważnym czynnikiem w tej chorobie, chociaż procent obliczony wypada niższy, nie 76.8% lecz 38.4%. W badaniach tych doszli uczeni do przekonania, że nietylko chorobę samą się dziedziczy, lecz także skłonność do wcześniejszego zapadania na tę chorobę i do wczesnej śmierci.

Co się dziedziczy? Aby na to odpowiedzieć, należy zwrócić się do nowych poglądów o dziedziczności. Podamy przykład z przyrody. Wiemy, że *primula sinensis rubra* ma czerwony kwiat. Jeżeli weźmiemy dwie szczepionki i jedną z nich zostawimy w ciepłocie pokojowej, a drugą przeniesiemy do cieplarni, to zauważymy interesujące zjawisko. Roślina w ciepłocie pokojowej ma jak zwykle czerwony kwiat, druga zaś, cieplarniana, dostaje biały kwiat. Jeżeli tę cieplarnianą roślinę z białym kwiatem przeniesiemy do ciepłoty pokojowej, to świeże kwiaty, które się rozwiną, znowu są czerwone, a białe zatrzymują swoją barwę. Z tego wynika, że ani barwa czerwona kwiatu ani biała nie jest właściwością stałą, odziedziczoną, właściwość dziedziczenia przejawia się w zdolności reakcji przy pewnej ciepłocie, a mianowicie przy wyższej tworzy się biały, a przy niższej czerwony kwiat. Jest to więc pewna skłonność oddziaływania na pewne bodźce zewnętrzne stałym odczynem, który się dziedziczy. O ile zabraknie zewnętrznego bodźca, ta typowa własność odpada. Pod takim kątem widzenia rozumiemy dziedziczenie w nadciśnieniu pierwotnem, a więc w konstytucji.

B) Stosunek nadciśnienia do innych chorób.

Zaraz po wynalezieniu aparatów do mierzenia ciśnienia krwi, francuscy badacze zauważyli związek mnędzy wysokiem ciśnieniem a cukrzycą. Potem to poszło w zapomnienie. Co do cukrzycy, to rzecz się ma następująco: u młodych diabetyków ciśnienie krwi jest bez wyjątku prawidłowe, lub wykazuje niższe cyfry, u diabetyków powyżej 40-ki ciśnienie jest przeciętnie wyższe, niż u zdrowych.

Oddziaływanie ciśnienia u hipertoników pierwotnych na insulinę.

Badania Klemperera, Strisowera i Kylina wykazały, że wstrzyknięcie insuliny wywołało spadek ciśnienia. Później Strisower na dużym materjale wykazał, że u hipertoników esencjonalnych, niezależnie od cukrzycy, po wstrzyknięciu insuliny ciśnienie znacznie opadało. U hipertoników o schorzeniu nerkowem po wstrzyknięciu insuliny ciśnienie opadało nieznacznie, podobnie jak u ludzi normalnych, a więc insulina ma działanie obniżające ciśnienie, odwrotnie do działania adrenaliny. Wobec tego doświadczenia można przyjąć, że nadciśnienie pochodzi z tego samego źródła, co wysoka ilość cukru we krwi, a więc z braku insuliny. Przeciw temu jednak przemawia obserwacja, że u młodych diabetyków, u których przyczyna choroby leży w trzustce, a więc u których występuje brak insuliny, ciśnienie krwi znajdujemy jużto normalne, jużto obniżone.

Oddziaływanie hipertoników na przecukrzenie krwi pokarmowe.

Doświadczenia Depischa wykazały, że po spożyciu 75—100 g cukru gronowego rano naczczo, u normalnych osobników występuje przecukrzenie krwi, które po 1—1½ godzin dochodzi do szczytu t. j. do 144—212 mg%. Dwie godziny po wypiciu zwierciadło cukru we krwi zbliża się prawie do pierwotnej wysokości, po 3-ch godzinach zupełnie jest wyrównane, a u niektórych osobników obniżone. Po 3 i ½ godzinach wartości cukru we krwi są jeszcze niższe od prawidłowych, po 4 godzinach zaczynają się podnosić. Temu obniżeniu się wartości zwierciadła cukru we krwi poniżej poziomu przypisuje Depische specjalne znaczenie. Uważa, że wielkość tego obniżenia się wartości cukru pozwala nam osądzić czynność aparatu insularnego. Jeżeli spadek jest wyższy od podanych wyżej liczb, to wnosimy, że istnieje czynność zwiększona, o ile niższy, to niedomoga aparatu insularnego. Próba ta jednak ma wtedy znaczenie, jeżeli osobnik badany przed podaniem cukru był parę dni na diecie bogatej lub ubogiej w węglowodany. Jeżeli badany dostawał dużo węglowodanów, wtedy ciśnienie nie podnosi się tak wysoko, jak w wypadku, gdy dieta było uboga w węglowodany.

Badania obciążenia cukrem, przeprowadzone u hipertoników wykazały, że hiperglikemja pokarmowa jest wyższa, aniżeli u zdrowych, z czego wniosek, że aparat insularny pracuje nadmiernie. Następnie badania, przeprowadzone u hipertoników z cukrzycą doprowadziły do wniosku, że krzywa zwierciadła cukru we krwi prędzej się wznosi, wcześniej osiąga punkt szczytowy i niżej opada, jak u zdrowych. Różnica zachowania się krzywej zwierciadła cukru we krwi między zdrowym a chorym na cukrzycę bez nadciśnienia polega na tem, że wartości cukru we krwi podnoszą się wyżej u chorego na cukrzycę i dłużej się na tej wysokości utrzymują, a krzywa opada powoli i nie osiąga wartości początkowych.

Nadciśnienie i dychawica.

Podobny związek znajdujemy między dychawicą, a nadciśnieniem pierwotnem. Związek ten już dawniej podkreślał Müller i Kylin, statystycznie jednak stosunek ten przedstawił Kylin, badając 79 przypadków astmatyków i 163 przypadków nadciśnienia pierwotnego. Wynik był następujący: w pierwszej grupie 12 astmatyków było chorych na nadciśnienie pierwotne, a w drugiej, nadciśnienia pierwotnego, było 12 chorych na dychawicę, a więc 7.4%. I tak samo, jak w cukrzycy poniżej 40-ki jest ciśnienie prawidłowe, tak samo sprawa ma się u astmatyków; na 41 astmatyków poniżej 40 lat nie było ani jednego wypadku nadciśnienia, zaś u 38 astmatyków powyżej 40 lat znalazł 12 przypadków nadciśnienia, to znaczy 33%.

C) Wiek i nadciśnienie pierwotne.

Także wiek chorego jest ważnym czynnikiem w powstawaniu pierwotnego nadciśnienia. Wprawdzie tu i ówdzie zdarza się młodociany hipertonik, lecz tak rzadko, że w zestawieniu Wichmana i Pala na 500 hipertoników znajdujemy 25 poniżej 40-tu, 11 poniżej 30-tu lat. Vollhard i Kylin mimo sprzeciwu Kaufmanna ze szkoły Bergmanna nazwali nadciśnienie pierwotne chorobą starczą, zastrzegając się jednak, że nie tyle chodzi o wiek, jak o zmiany, które pozostają w związku ze starzeniem się. W niektórych rodzinach starzenie się zaczyna się wcześnie. Na czem to polega, dokładnie jeszcze oznaczyć nie można, lecz wiemy, że niektórzy osobnicy wskutek schorzenia gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, jak np. kretyni i kastraci prędzej się starzeją i także wiemy, że kastraci często cierpią na nadciśnienie. Za znaczeniem wieku w powstawaniu ciśnienia pierwotnego przemawia i ten objaw, że kobiety w okresie przekwitania również cierpią na nadciśnienie, a przecież przekwitanie jest okresem fizjologicznego starzenia się kobiety. (O tem niżej dokładniej). Barat badając starzejące się, lecz zdrowe osoby znalazł, że u hipertoników po fizycznym wysiłku lub zdenerwowaniu pozostaje długo wartość wzmożonego ciśnienia, podczas gdy u młodych wraca ciśnienie szybko do stanu prawidłowego.

D) Nadciśnienie pierwotne i wewnętrzne wydzielanie.

Francuscy badacze przyjmowali dość wcześnie przyczynę nadciśnienia pierwotnego w zaburzeniach narządów o wewnętrznem wydzielaniu. W pierwszej linji zwrócono uwagę na adrenalinę. Już Pal pierwszy wskazał na tak zwane kryzy podczas bolów, w których ciśnienie przejściowo się podwyższa. Tu właśnie nasuwa się myśl o działaniu adrenaliny, — o której wiemy, że działa na skurcz mięśni najmniejszych tętniczek przedwłosowatych, *(arteriolae praecapillares)*. Już 0.01 mg adrenaliny na kg wagi ciała wystarczy, aby podnieść ciśnienie przez skurcz najmniejszych tętniczek wszystkich narządów (prócz *art. coronariae cordis)*. Kompenzacyjne działanie jakichś innych narządów nie jest możliwe (Kauffmann). Wprawdzie Vollhard wykazał przy nadnerczaku podwyższenie ciśnienia, ale zresztą u innych chorych nie można wykazać zwiększonej ilości adrenaliny we krwi, (metoda Laeven-Trendelenburga wykazuje łatwo najmniejsze jej ilości). Zmiany humoralne krwi mogą uczulić adrenalinę — np. surowica lub osocze, wśródżylne wstrzyknięcie surowicy końskiej (Billigheimer), cholesteryna (Westphal), kwasy aminowe, wapń, hipofizyna i tyreotoksyna uczulają adrenalinę. Również Vaquez, jako też Aschoff nie mogli wykazać w nadciśnieniu pierwotnem zmian anatomo-patologicznych w nadnerczu. Dresel otrzymał u chorych z nadciśnieniem pierwotnem po wstrzyknięciu 1 mg adrenaliny krzywą adrenalinową nie jednofazową, jak u zdrowych, tj. podniesienie ciśnienia i następowy spadek — lecz dwufazową, a mianowicie początkowy spadek a następnie dopiero podwyższenie ciśnienia. Taką samą dwufazową krzywą adrenalinową otrzymujemy w stanach przewagi nerwu błędnego i dlatego Dresel nazwał ten typ krzywej wagotonicznym.

W chorobie Basedowa ciśnienie znajdujemy wyższe odpowiednio do wieku, lecz naogół w Basedowie ciśnienie krwi jest prawidłowe (Barach).

Wiemy, że insulina obniża ciśnienie, więc, zdaje się, że obniżenie czynności trzustki podwyższa je.

O działaniu hormonu przytarczycznego wiemy nie wiele. Doświadczenia Salvesena, który psy, pozbawione gruczołów przytarczycznych przez duże dawki wapnia miesiącami utrzymywał przy życiu, wykazały, że ciśnienie nie podwyższa się.

Wpływ przysadki mózgowej na zmianę ciśnienia jest nam mało znany. W nowszych czasach Hülse wstrzyknął kuraryzowanym kotom dolędźwiowo w okolicy podpotylicznej płyn mózgowo-rdzeniowy, pochodzący od hipertoników pierwotnych i wywołał w ten sposób silne podwyższenie ciśnienia. Takiego podwyższonego ciśnienia nie mógł otrzymać, jeżeli wstrzyknął płyn nerkowo chorych z podwyższonem ciśnieniem, lub zdrowych ludzi. Hülse przypuszcza, że czynnikiem, wywołującym podwyższone ciśnienie, jest wydzielina przysadki. Hirsch widział u pacjentów z nadciśnieniem pierwotnem w 6 przypadkach rozszerzone rentgenologicznie siodło tureckie.

Nadciśnienie i gruczoły płciowe.

Kylin i Vollhard są tego zdania, że nadciśnienie pierwotne u młodych jest wyrazem wczesnego starzenia się. Starość znamionują przesunięcia wkrewne, zwłaszcza zmiany w gruczołach płciowych. Jeżeli uprzytomnimy sobie, jaką rewolucję w organizmie wywołuje okres pokwitania, możemy sobie zdać sprawę, że zanik czynności tych gruczołów nie mniejsze wywołuje zaburzenia. Już ten fakt, że podczas przekwitania spostrzegamy nadciśnienie, za tem przemawia. Munk zaznacza, że nadciśnienie w przekwitaniu, ze względu na swoje objawy jest prawdziwą hipertonją pierwotną. Wzmożone ciśnienie podczas kobiecego przełomu stwierdził już Basch i Huchard. Inni autorzy zauważyli wielkie wahania w ciśnieniu u kobiet podczas przekwitania, a Seefeld podał, że u 1/4 wszystkich kobiet istnieje w tym okresie albo wzmożone, albo nieprawidłowe wahanie ciśnienia. Doświadczenia po wycięciu jajników wykazują, że gruczoły płciowe produkują hormon, który działa depresorycznie i często się zauważa, że leczenie preparatem jajnikowym ciśnienie to zmniejsza. Z tego wynika, że wydzielanie hormonu seksualnego działa hamująco na ciśnienie krwi. Eichbaum wykazał zależność ciśnienia krwi od zmian cyklicznych w jajniku, mianowicie przedmiesiącz-

kowe podniesienie się ciśnienia i spadek w czasie miesiączki. Munk zauważył, że również u mężczyzn między 40—50 rokiem, cierpiących na nadciśnienie, popęd płciowy zanika lub znacznie jest zmniejszony.

Działanie cholesteryny.

Karmienie królików cholesteryną prowadzi tylko u starszych do trwałego podniesienia ciśnienia. Na 1.000 przypadków nadciśnienia 86 miało zwiększoną ilość cholesteryny we krwi. W surowicy, zawierającej dużo albuminy, cholesteryna działa pobudzająco na ciśnienie krwi, a więc podnosi się w hipertonji pierwotnej i zapaleniu kłębkowem nerek. Gdzie natomiast w surowicy krwi jest dużo globuliny (przy nefrozach, ciąży, schorzeniu wątroby, w lipemji i w cukrzycy), tam mimo wielkich wartości cholesteryny we krwi ciśnienie pozostaje niskie (Westphal).

Działanie histaminy.

W nowszych czasach wykazano, że działanie obniżające ciśnienie krwi przypada głównie nie peptonom, ani albumozom, lecz produktowi rozkładowemu białka w chorobach kiszek — histaminie. (Kisch, Dale i Spiro).

Działanie kwasu węglowego.

Eppinger wykazał, że niedomoga w krążeniu zależy nietylko od dynamicznych sił, ale także od chemicznego zachowania się mięśni prążkowanych, od nagromadzonego w nich kwasu węglowego. Raab wykazał, iż wdechiwanie kwasu węglowego podnosi ciśnienie u hipertoników, a wdechiwanie tlenu je obniża. Amerykańscy uczeni wykazali u arterjosklerotyków z nadciśnieniem degeneratywną zmianę w ścianie naczyń rdzenia przedłużonego. Przez złe utlenienie przychodzi do nagromadzenia się kwasu mlekowego w tkance ośrodkowej i przez to do podrażnienia ośrodków rdzeniowych. Wykazał to Raab na kotach, pozbawionych półkul mózgowych. Stąd cała teorja Raaba mechanizmu powstania nadciśnienia mózgowo-rdzeniowego.

Nadciśnienie pierwotne występuje w zaburzeniach w wewnętrznem wydzielaniu kilku gruczołów. Powinniśmy raczej mówić o zaburzeniach wielogruczołowych, które się poza tą chorobą kryją. W wypadkach tych następuje raczej przesunięcie działania gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, leżące na granicy prawidłowego i patologicznego wydzielania, przychodzi do przesunięcia formułki inkretorycznej. *Nie chodzi tu o schorzenie jednego gruczołu, lecz o specjalne nastawienie całej wydzieliny wewnętrznej, która tak dla fizycznego, jak i duchowego habitus osobnika ma wielkie znaczenie.*

E) Nadciśnienie pierwotne i działanie elektrolitów.

Już dawno znanem było, że sole są ważne dla organizmu, lecz znaczenie ich upatrywano w działaniu osmozy. Pierwszy był Jack Loeb, który poznał znaczenia działania elektrolitów. Jego badania nad działaniem rozmaitych koncentracji soli w morskiej wodzie i we krwi ludzkiej i zwierzęcej prowadzą do wniosku, że wzajemny stosunek elektrolitów ma bardzo wielkie znaczenie dla życia. Dalsze badania Krausa i Zondecka wykazały, że stosunek K:Ca jest decydującym czynnikiem dla zdolności skurczowej serca. Potas działa pobudzająco na nerw błędny, a wapń na współczulny. Podobnie, jak potas, działa i sód — a stront i bar mają podobne działanie, jak wapń.

Wzmożone ciśnienie krwi jest tylko objawem, wywołanym przez skurcz tętniczek. Poza skurczem kryje się specjalny sposób reakcji naczyń i komórek. Ta reakcja jest wyrazem przesunięcia w wewnętrznem zestawieniu elektrolitów. *(Eine Verschiebung im innerem Milieu).* Same zmiany w systemie naczyniowem — wpływy systemu wkrewno-wegetatywnego na napięcie naczyń — nie tłumaczą nam całkowicie zespołu hipertonji pierwotnej, gdyż zmiany znajdują się we wszystkich tkankach i narządach. Przekwaśność, fosfaturja wskazują na zaburzenia w równowadze kwasowo-zasadowej. Fryderyk Kraus i S. G. Zondeck na podstawie badań eksperymentalnych i spostrzeżeń klinicznych stawiają na pierwszem miejscu *elektrolit, który powoduje autonomiczną samoczynność komórki na podstawie zmian chemiczno-fizykalnych struktury pierwoszcza. Uważają tę t. zw. dynamikę pierwoszcza za główny czynnik, powodujący przepływanie cieczy w miąższu komórkowym. Dochodzą do wniosku, że zaburzenia w przewodnictwie i w ośrodkach nerwowych wegetatywnych są zależne od osłabienia tej obwodowej tkankowej samoczynności.*

Symptomatologja.

Działanie podmiotowe.

Od czasu istnienia przyrządu do mierzenia ciśnienia krwi, nadciśnienie pierwotne częściej się spotyka. Pierwsze objawy są zazwyczaj natury nerwowej. Mimo różnorodność objawów, już dokładna anamneza pozwala postawić diagnozę. Najczęstsze objawy, z jakiemi się spotykamy, są zawroty i bóle głowy, bicie serca, uczucie ciężkości na piersiach, bóle reumatyczne w mięśniach, drażliwość, łatwe męczenie się, zmniejszenie pobudliwości płciowej aż do impotencji i osłabienie pamięci. Obok zawrotów głowy głównie bicie serca sprowadza chorego do lekarza. Oprócz podanych objawów skarżą się chorzy jeszcze na dolegliwości żołądkowo-jelitowe rozmaitej natury. Objawy te wykazują pewną okresowość. Na wiosnę i jesień zwykle się wzmagają. Tę okresowość zauważył Kaufmann przy krwotokach mózgowych i neurozach wegetatywnych. Przyczyny tego szukać należy w zmianach, jakie zachodzą w cieczach międzykomórkowych i we krwi. Badania Strauba wykazują, że oddziaływanie krwi w początkowych miesiącach roku jest kwaśniejsze, niż w lecie. Hagen znalazł, że kapilary przed miesiączkowaniem są bardziej skurczone, aniżeli po niem. Podobną zmianę znalazł przy zmianie pór roku, co stoi niewątpliwie w związku ze zmianami w wydzielaniu wewnętrznem.

Objawy przedmiotowe.

Prawidłowe ciśnienie krwi wynosi 110—140 mm Hg (Martini, Cadbury, Kylin). Cały szereg autorów podaje różne przyczyny wahań w ciśnieniu krwi: 1) płeć, 2) grubość ramienia, 3) rasa, 4) stan serca, 5) napięcie naczyń krwionośnych, 6) stan ośrodków nerwowych, 7) pora dnia, 8) wiek, 9) praca fizyczna i umysłowa.

Tablica prawidłowego ciśnienia według wieku.

Wiek	Najwyższe ciśnienie krwi w mm Hg Maximum	Minimum	Średnia	Ilość przypadków
7—10	110	75	95	22
11	120	82	102	16
12	124	86	103	39
13	126	84	107	39
14	126	90	109	31
15	133	94	114	27
16	142	89	111	28
17	138	100	112	21
18	132	95	112	12
19	140	103	121	11
22	142	92	116	58
23	141	100	116	46
24	152	95	117	56
25	142	95	122	20
26—30	142	110	121	21
31—40	170	99	121	21
41—45	180	102	134	50
46—60	180	108	144	60
61—70	175	130	155	30
71—80	248	142	159	25
81—90	190	140	169	10

Fizyczna praca może ciśnienie zwiększyć o 25—70 mm Hg. Także i w spokoju ciśnienie jest zmienne. Podczas snu ciśnienie opada najwięcej w 1—2 godzin po zaśnięciu. Już w r. 1905 Palm, Külbs i Israel stwierdzili, że w pewnych stanach nadciśnienia wahania mogą dochodzić do 50 mm Hg. Müller stwierdził, że ciśnienie nawet w ciężkich przypadkach nadciśnienia pierwotnego podczas snu znacznie opada. Fahrencamp zaznacza, że choroba ciśnienia krwi jest tem groźniejsza, im bardziej ciśnienie jest stałe, dlatego *pisanie krzywej ciśnienia krwi jest decydującem* dla oceny ciężkości choroby. Obserwował rozwijanie się choroby od stadjum początkowego, aż do końca — i zauważył, że *im późniejsze stadjum, tem wahania w ciśnieniu są mniejsze.* Nadciśnienie pierwotne charakteryzują te przypadki, w których przy odpowiedniem leczeniu krzywa ciśnienia spada przynajmniej o 50 mm Hg i gdzie dzienne wahania ciśnienia są większe.

Nadciśnienie pierwotne i przemiana materji.

Przemiana węglowodanów. Co do przecukrzenia krwi w nadciśnieniu pierwotnem, to zdania są podzielone. Noorden i inni znajdują ją, ale nieprzekraczające silnie normalnej granicy. Tolerancja węglowodanów jest zmniejszona, próby obciążenia cukrem gronowym, podawanym pacjentom, wywołały na 9 przypadków nadciśnienia pierwotnego — 3 cukromocze.

Zawartość wapnia i potasu w surowicy krwi.

Z nieorganicznych składników najbardziej zwracano uwagę w ostatnich latach na ilości Ca i K. Prawidłowe granice dla wapnia u zdrowych wynoszą 10.6—12.9 mg %, w 36 przypadkach hipertonji leżały granice między $8^1/_2$ do $11^1/_2$ mg %. A więc mamy w hipertonji hipokalkemję. (Zondeck i Jansen). Co się zaś tyczy potasu, to prawidłowe wartości leżą między 18—22 mg %. U hipertoników zaś znajdujemy wartości wyższe (Brems, Loewenstein), A więc wartości wapnia we krwi u hipertoników są przesunięte ku dołowi, zaś potasu ku górze.

Przemiana kwasu moczowego przy nadciśnieniu pierwotnem. Wiadomem jest, że wzmożone ciśnienie, dna i arterjoskleroza idą w parze. Badanie w tym kierunku są jeszcze znikome. (Tannhauser, Hitzenberger).

Cholesteryna przy nadciśnieniu.

Badania Westphala, wykonane na większym materjale, wykazały hipercholesterynemję.

Przemiana podstawowa.

Kempmann wykazał w marskości nerek, jako też w nadciśnieniu pierwotnem zwiększone zapotrzebowanie tlenu.

Objawy sercowe.

Bicie serca i ucisk w okolicy klatki piersiowej są objawami podmiotowemi. Przedmiotowo znajduje się już wcześnie przerost serca lewego. Drugi ton nad tętnicą główną jest zaakcentowany. Przy długotrwałem wysokiem nadciśnieniu przychodzi do niedomogi serca. W tym okresie serce wykazuje postać jajowatą, obie komórki są przerosłe, całe serce powiększone — mamy przerost serca lewego i prawego. Aorta wstępująca jest wydłużona. Często przychodzi do zaburzeń w rytmie — już wcześnie spotykamy ekstrasystole, później przychodzi nawet do trzepotania serca — słowem do objawów dekompenzacji.

Objawy nerkowe.

W początkach nadciśnienia pierwotnego nerki są zupełnie bez zmian, — niema ani białka w moczu, ani w osadzie wałeczków lub krwinek. Próby funkcjonalne nerek wypadają prawidłowo, a azot pozabiałkowy we krwi nie jest wzmożony. Dopiero w późniejszych stadjach znachodzimy zmiany, które prowadzą do właściwej marskości nerek.

Objawy mózgowe.

Kauffmann słusznie zauważył, że pierwsze objawy nadciśnienia pierwotnego są przyrody nerwowej. Bóle i zawroty głowy, ucisk, szybkie męczenie się, osłabienie pamięci i t. p. W późniejszych stadjach występują omdlenia, zaburzenia wzrokowe, porażenia, częste krwotoki mózgowe. Według badań Schwartza udar mózgowy przy nadciśnieniu pierwotnem nigdy nie przychodzi z powodu pęknięcia naczynia — lecz powstają zawały krwotoczne w małych gałązkach końcowych naczyń krwionośnych — na tle diapedezy, wskutek zaburzeń naczynioruchowych.

Guist i Pal starają się w ostatnim czasie wykazać dokładnie różnicę między nadciśnieniem pierwotnem, a wtórnem. Wedle nich nietylko zachowanie się tętniczek, ale i żyłek jest decydującym momentem dla odróżnienia dwóch rodzajów nadciśnienia. Pierwotne nadciśnienie charakteryzuje niedostateczna zdolność rozszerzania się najmniejszych tętniczek *(arteriolae)*. Następstwem tego stanu jest utrudniony odpływ krwi do naczyń włosowatych, a więc zastój w tętnicach i ekscentryczny przerost lewego serca. Pacjenci z pierwotnem nadciśnieniem okazują często stałe zaczerwienienie twarzy (Vollharda *„roter Hochdruck“)*. Nadciśnienie wtórne, toksyczne, zajmuje tętnice, żyły i naczynia włosowate — cały system naczyniowy jest sztywny. Przy tej postaci tętnice są twarde i wąskie, żyły wąskie, obie komórki sercowe koncentrycznie przerosłe. Pacjenci tego rodzaju są bladzi (Vollharda *„Weisser Hochdruck“)*. Do tej postaci nadciśnienia należą choroby zakaźne, zapalenie kłębkowe nerek, hipertenzja w ciąży i przy zatruciu ołowiem.

Zmiany te Pal i Guist wykazali przy badaniu dna oka. W pierwotnej hipertenzji przebiegają *małe tętniczki wężykowato, jak korkociąg*, natomiast przy dekompenzacji sercowej mają taki charakter wężykowaty większe tętnice i żyły. Ten wężykowaty przebieg najmniejszych tętniczek i to w obu oczach, jest jednym z głównych objawów nadciśnienia pierwotnego. Objaw ten występuje nie przez zastój, lecz przez skurcz tętniczek, żyłki są zupełnie prawidłowe. Przy nadciśnieniu wtórnem są *tętniczki i żyłki* twarde i ciasne i dlatego tutaj niema tego wężykowatego korkociągu. Drugim symptomem nadciśnienia pierwotnego jest objaw krzyżowania Gunna, który polega na tem, że tam, gdzie krzyżują się tętniczka ze żyłką, żyłka staje się cieńszą, względnie na małej przestrzeni zupełnie znika. Objaw ten powstaje w ten sposób, że twarda napięta tętniczka wciska podatną żyłkę w głąb siatkówki. Badania te są jeszcze w toku.

Rokowanie.

Trudno oznaczyć, odkąd istnieje wzmożone ciśnienie u zgłaszającego się chorego. Ehrström oznacza trwanie utajonego stanu na 10 lat. Nadciśnienie pierwotne uważamy od niedawna za samodzielną jednostkę chorobową. Wogóle powiedzieć można, że prognoza jest dobra — jak długo wahania w ciśnieniu są znaczniejsze. W chwili wystąpienia stałego, wysokiego nadciśnienia, zmian w nerkach i osłabienia serca, prognoza staje się gorszą. Te groźne objawy dosyć późno występują — chorzy zwykle żyją powyżej 60-ciu lat. Bardzo często mimo ciężkiego stanu po odpowiedniem leczeniu, mogą nastąpić dłużej trwające remisje. Nie trzeba zatem straszyć chorych, należy ich uświadomić, że od nich samych zależy stan zdrowia.

Terapja.

Nim przejdziemy do omówienia leczenia, należy sobie zadać pytanie, czy należy koniecznie i celowo dążyć do obniżenia ciśnienia krwi. W nadciśnieniu pierwotnem, gdzie wahania są znaczne, można to zrobić z pożytkiem. Tam, gdzie nerki są zajęte, a nadciśnienie jest objawem kompenzacyjnym — gdzie są objawy niedomogi serca, tam musimy leczyć wedle ogólnych prawideł. Dokładnie zajął się tą sprawą Tomanek z kliniki Prof. Renckiego.

Leczenie rozpada się na następujące działy:

1. Spokój, leczenie higieniczno-dietetyczne i fizykalne.

Na samem czele stoi leczenie psychiczne. Już samo przeniesienie pacjenta w inne warunki, bezwzględny spokój np. pobyt na wsi, wpływają znacznie na polepszenie stanu. Umiarkowanie w jedzeniu i piciu. Ograniczenie ilości pokarmów — zmniejszenie ilości białka, szczególnie mięsa — zmniejszenie ilości soli — wprowadzenie dni jarzynowo-owocowych dokonują czasem cudów. Przedewszystkiem ma być dieta mączno-jarzynowa, a nie jarska (mało mleka). Ilość płynów spożytych przez dzień należy zmniejszyć do 1 litra. Ważnem jest regulowanie czynności żołądkowo-jelitowych. Alkohol i nikotynę, o ile możności całkowicie usunąć. Hasebrock słusznie zauważa, że nadmierny ruch szkodzi — ale i nadmierny spokój niemniej szkodzi ścianom naczyniowym. K. Franke i inni wykazali, że w rozrzedzonem powietrzu hipertonik pierwotny traci 10 do 40 mm Hg ze swego ciśnienia, podczas gdy przy nadciśnieniu ze zmianami w nerkach i przy arterjosklerozie ciśnienie się podnosi — stąd wniosek, ażeby tylko chorych na nadciśnienie pierwotne wysyłać w góry i najlepiej od 400—600 m ponad poziom morza. Kąpiele do 37° C działają obniżająco na ciśnienie. Jagič radzi przy osłabionem sercu i przy uczuciu ucisku w okolicy serca używać kąpieli tlenowych i iglicowych. Kąpiele z kwasem węglowym mobilizują w skórze substancję histaminową, która działa obniżająco na ciśnienie krwi. Przy bólach w mięśniach, przy tak zwanym reumatyźmie hipertonicznym dobrze działa diatermja. Upusty krwi stosujemy u pletoryków, przy krwotokach mózgowych, przy niedomodze serca z powodu obrzęku płuc lub przy silnej cyjanozie.

2. Leczenia środkami farmakologicznemi.

Jak już zaznaczyłem, dla lekkich przypadków wystarczy leczenie higieniczno-dietetyczne. Zwykle dodajemy małe dawki bromu w różnej postaci i walerjanę. Tam, gdzie wahania są silniejsze, używamy atropiny i wapnia. Atropina w pigułkach po $^1/_2$ mg dwa razy dziennie — wapń najlepiej we formie wstrzykiwań wśródżylnych 10% *CaCl* lub domięśniowo *Calcium Sandoz, Afenil, Calcium glukonat*. Wapń w proszku możemy kombinować z luminalem, papaweryną i diuretyną lub eufiliną. Preparaty rodanowe są bardzo polecane np. *rhodapurin, rhodan-calcium-diuretin, desencin*. W nowszych czasach stosowali Palmer, Silver i White *kalium sulfocyanatum* z dobrym wynikiem. Stejskal podaje preparat cholinowy *katesin*, podobnym jest preparat *pacyl*. Acecolina działa dobrze, ale tylko w dużych dawkach po 0.1—0.2 g i to przynajmniej raz dziennie. Dobre skutki widziałem przy krwotokach mózgowych. Możemy się również posługiwać całym szeregiem środków rozszerzających naczynia, jak: *nitrogliceryna, erythroltetranitrat, natrium nitrosum*, mieszanka Lauder-Bruntona *(natrium nitrosum* 0.03, *Kalium nitrosum* 1.2, *natrium bicarbonicum* 1.8). Proszek taki rozpuszcza się w szklance wody i wypija w 1—2 godzin. Januszkiewicz nie widział dobrych wyników po podaniu czosnku.

Gdzie chore są nerki lub serce, tam już musimy się trzymać reguł leczenia ogólnego, co nie wchodzi w ramy niniejszej pracy.

3. Leczenie hormonalne.

Znajomość tego faktu, że w przełomie u kobiety ciśnienie się podnosi, a u osobników męskich popęd płciowy znacznie się zmniejsza, naprowadził na myśl stosowania wyciągów z gruczołów płciowych. Stosujemy preparaty jajnikowe jak *prokliman, klimasan*, a głównie dobrze działa *progynon. Thelygan* stosujemy w postaci wstrzykiwań podskórnych co drugi dzień. U mężczyzn podobno dobrze działają wstrzykiwania *testoganu*. Leschke używa *padutin (kalikrein)*, wyciągu z trzustki, który specjalnie dobrze ma działać przy *morbus Raynaudi*, w początkowych stadjach zatorów, w dusznicy sercowej *(angina pectoris)*. Wyciągi z wątroby i wyciągi z grasicy mają podobno dobrze działać.

Jak widzimy, leczenie jest obszerne i możemy choremu w początkowych stadjach przez dłuższy czas pomóc, ale trzymajmy się zasady: nie leczyć hipertonji, lecz hipertonika.

Piśmiennictwo:

Aschner: Kl. Woch. 1923. — Barach: J. amer. med. Assoc. 1928. 20; Med. Kl. 1924. Nr. 36. — Basch: Wien. med. Presse 1895. — Bayliss: J. of phys. T. 28. — v. Bergmann: Jahreskurse f. ärzt. Fortbild. Febr. 1924; Neue Deutsche Klin. T. II. — Bienstock: M. med. Woch. 1929. — Blum: Erg. d. in. Med. u. Kind. T. 35. — Brocker-Kempmann: M. m. W. 1930. 8. — Cobet: Kl. W. 1924. — Dale and Laidkow: J. of phys. T. 8. — Dresel: Z. f. kl. M. T. 101; D. m. W. 1919. — Dresel und Jakobovits: Kl. W. 1923. — Dumas: La presse médic. 1928. 74. — Eichbaum: Arch. f. Gynäk. 1929. 138. — Eppinger, Falta und Rudinger: Z. f. kl. Med. 1908 i 1909. — Fahr: D. m. W. 1917; Berl. kl. W. 1921. — Fahrenkamp: Med. Kl. 1921. 26; Med. Kl. 1923; Erg. d. ges. Med. T. 4; Med. Kl. 1924. 6. — Falta: Die Erkrankungen der Blutdrüsen; Wien. Arch. f. in. Med. T. 6. 1923. — Frank: D. Arch. f. kl. Med. T. 103. — K. Franke: M. Kl. 1929. — M. Franke: Polsk. Arch. med. wewn. T. II. — Frey: Berl. kl. W. 1921. 41. — Glaser: Ter. d. Gegenwart 1924; Münch. m. W. 1925. 10. — Goldfeil: Pol. Arch. med. wewn. T. IV. i VI. — Goldscheider: Z. f. phys. und. diät. Ter. Berlin 1921. T. 25. — Göbl: Kl. W. 1923. — Guist: M. Kl. 1931. 6. — Harrop and Krogh: J. of phys. 1920. — Hedinger: Kl. W. 1923. 27. — Hellig: Kl. W. 1924. — Hirsch: D. m. W. 1930. — Hitzenberger: Wien. Arch. f. in. M. T. 2. — Hülse: Naunyn-Schmiedeberg Arch. 1929. 146. — Jagič: W. kl. W. 1930. 11. — Jansen-Tams-Achelis: D. Arch. f. inn. M. T. 144—145. — Janowski: Gaz. lek. 1914. — Januszkiewicz: Polsk. Arch. med. wewn. T. VII. — Katsch und Pansdorf: M. m. W. 1922. 50. — Kauffmann: Handb. d. N. und pat. Phys. 1927. T. VII./2. — Kisch: W. Arch. f. i. M. T. 9. — Kraus: Kraus-Brugsch T. 4. — Krogh: Anat. u. Phys. d. Capill. Berlin. Jul. Springer. 1924. — Kylin: Die Hypertoniekrankheiten Berlin. Jul. Springer 1926; Ueber die essentielle Hypertonie Erg. d. g. M. 1929. T. XIII. — Landau: Polsk. Arch. med. wewn. 1925. T. II. — Lian et Finot: L'hypertension arterielle Paris 1929. — Lichtwitz: Z. f. ärzt. Fort. 1922. 1923. — Löwy: D. A. f. kl. Med. T. 120. — Mathes: M. Kl. 1925. 7. — Morawitz: Ver. d. d. Gesel. f. inn. Med. 1928. T. 40. — Munk: Spez. Pat. u. Ter. inn. Kr. I. Erg. B. 1928. — Orłowski: Polsk. Arch. med. wewn. T. I. — Pal: W. kl. W. 1921. 6; W. kl. W. 1923. 25; Med. Kl. 1931. 6; M. Kl. 1928. 4 i 5. — Palmer, Silver, White: Nev-Engl. m. J. 1929. — Parnas: Polsk. Arch. med. wewn. T. V. — Raab: M. Kl. 1930. 45. — Romberg: D. M. W. 1924. 49. — Rudziński: Pols. Arch. med. wewn. T. VI. — Schellong: Kl. W. 1930. 29. — Seile: M. Kl. 1930. 25. — Schayer: M. med. W. 1913. 2. — Schlesinger: M. m. W. 1921. — Schwartz: Nervenarzt 1930. 3. — Stejskal: M. Kl. 1931. 11. — Strasser: Z. f. phys. u. diät. Ter. 1919. T. 23. — Straub: Ter. Monat. 1915. — Strauss: M. Kl. 1930. 47. — Tomanek: Polsk. Gaz. lek. 1927. — Vaquez: Assoc. Fac. de med. 1919. T. 4; Maladies du coeur Paris 1928. — Vollhard: Z. f. g. exp. M. 1923. T. 38. — Weitz: Z. f. kl. M. T. 96. — Westphal: Kong. f. inn. Med. 1924; Z. Kl. Med. 113. — Zondeck: D. m. W. 1924; Kl. W. 1923; Kl. W. 1925.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. R. STENZEL, lekarz powiatowy. Radziechów.

Partactwo w położnictwie [1]).

Praca akuszerek w położnictwie jest ściśle określoną i była przedmiotem wielu dyskusyj, a dziś jest już stanowczo kwestją załatwioną (patrz rozporządzenie Prezydenta Rzplitej Polskiej z dn. 16. III. 1928. Dz. Ust. R. P. Nr. 34. poz. 316 i rozp. wykonawcze Ministr. Spr. Wewn. z dn. 2. V. 1929. Monitor Polski, Nr. 185/1929).

Powtarzanie, co akuszerka ma robić przy porodzie, jaki zabieg ma wykonać, czy pomoc ręczną, czy wydobycie łożyska, czy podwiązanie pępowiny, obrót na nóżki i t. d., a dalej mówiąc, czego z drugiej strony wykonywać jej nie wolno bez lekarza, to dziś dokładnie wiemy. Przekraczanie kompetencji, obowiązującej akuszerki, podlega surowej karze.

Pozwalam więc sobie przytoczyć Kolegom fakt wprost zastraszający, czego mogą dopuszczać się te „egzaminowane" osoby, w których ręce oddaje się wprost życie matek i dzieci. Sprawa ta z pewnością zainteresuje i lekarzy położników i lekarzy sądowych, a szczególnie zaś lekarzy powiatowych, rządowych, którzy *ex officio* prowadzą kontrolę, rejestrację i nadzór nad akuszerkami (położnemi) w powiecie.

Jeśli kiedy — to teraz w czasie powojennym — w czasie pewnej dezorganizacji, braku bezwzględnej dyscypliny, w okresie pozwalania sobie na wszystko, co zakazane, — należy takie fakta bezwzględnie karać i piętnować publicznie, by przeprowadzić sanację powojennych stosunków społecznych.

Wobec ciężkich ekonomicznych warunków bytu, — śmiem stanowczo twierdzić, że położne niekiedy pomagają w zabijaniu płodów, czego dowodem niech będzie przypadek kazuistyczny, który kolegom niżej podaję.

Przy tej sposobności dodać należy, że w książce porodowej, którą musi każda akuszerka prowadzić, wszelka czynność jej zawodowa powinna być zapisywaną i kontrolowaną przez lekarzy powiatowych, względnie okręgowych.

Wśród nawału jednak pracy biurowej lekarza rządowego, prac ściśle kancelaryjnych, dalej wśród prac administracyjnych, sanitarno-porządkowych w powiecie, komisji etc. często ścisła kontrola nad akuszerkami nie daje się tak dobrze przeprowadzić tak, jak tego domaga się ustawa i osobiste poczucie obowiązku.

Akuszerka P. we wsi K., wezwana do porodu, zastała wypadnięte obie rączki w szparze sromowej przy położeniu poprzecznem, a uważając płód za zmarły, czy uduszony — odcięła obie rączki do wysokości mniejwięcej połowy ramienia.

Następnie dokonała obrotu na nóżki, i, wydobywszy płód na zewnątrz, przekonała się, że płód żyje. Poród i zabieg ten miał miejsce dnia 6-go stycznia 1922 roku, o godzinie 3.30 rano. Rodzina, zobaczywszy ten fakt dokonany, dała znać władzy, względnie komisji sądowo-lekarskiej, która przypadkowo urzędowała niedaleko, mając przeprowadzić sekcję u zupełnie innej osoby, przypadkowo zabitej. Przybywszy na miejsce dnia 9 stycznia 1922 roku o godzinie 3-ciej po południu, zastałem stan następujący:

Wieloródka, lat 30. M. A., żona włościanina, kolonisty czeskiego, rodziła 5 razy siłami natury, dobrze zbudowana i odżywiona.

W narządach wewnętrznych niema wybitnych zmian chorobowych. Ciepłota ciała 38.4°. Z pochwy wydziela się ciecz blado-różowo zabarwiona. *(Lochia cruenta)*. Macica sięga na 3 palce ponad spojenie łonowe, jest dobrze zwinięta, twarda, na ucisk lekko tkliwa. Płód jest żywy o obwodzie czaszki 36 i ½ cm, mały, donoszony, pępowina niepodwiązana, sucha, zupełnie przypłaszczona, w jednem miejscu może okrągława, jednak bardzo niewyraźnie.

Dziecko (osesek), badane w czwartej dobie po porodzie nie ma nawet śladu podwiązania pępowiny.

Dalej stwierdza się brak obu kończyn górnych, rączek — nie ulega wątpliwości, że zostały one nożyczkami ucięte.

Dowodem tego są brzegi ran naprzeciw siebie stojące, równe, gładkie, nawet ku wewnątrz lekko zaokrąglone. Cięcia te zostały za życia płodu zadane, tak, że mimo czwartej doby i bardzo wyraźnego rozkładu gnilnego stoją brzegi te naprzeciw siebie, tworząc przez to otwór zupełnie owalny, pochwowaty, co jest widoczne na rycinie Nr. 2.



Ryc. 1.



Ryc. 2.

Również na kościach ramieniowych można stwierdzić działanie dwu ramion nożyczek, okazują one na brzegach miejscami odpryśnięcie kości i uciśniony szpik kostny.

Te oznaki na kości nie są jednak tak charakterystyczne, jak na częściach miękkich, gdzie skóra obu brzegów była do siebie silnie zbliżona w chwili przecinania.

Czynu tego dokonała położna wbrew wszelkim zasadom położnictwa i nauki ściśle akuszeryjnej. Nożyczki, które ma w swej torbie akuszeryjnej, mające służyć jej tylko do przecięcia pępowiny, po nałożeniu dwu węzłów tasiemkowych — były niezawodnie użyte do odcięcia obu rączek w danym wypadku. Nożyczkami

[1]) Wykład wygłoszony w Towarzystwie Lekarskiem Lwowskiem, w r. 1930, wraz z demonstracją 2 fotografij.

płodu, czy żywego, czy nieżywego tknąć się jej nie wolno i to absolutnie pod grozą utraty dyplomu i kar. Zabiegów operacyjnych, krwawych — nie wolno absolutnie wykonywać akuszerce. Poród mógł trwać „od trzech dni“ u tej wieloródki przy szóstem dziecku, ale niezawodnie w położeniu poprzecznem zaniedbanem.

Niepodwiązanie pępowiny, względnie podwiązanie, a następnie z chwilą ucieczki od położnicy, — zrzucenie pępowiny świadczy, że położna i przed narodzeniem się dziecka i po narodzeniu się tegoż, — chciała je zabić, aby zatrzeć ślad swego błędu fachowego, a tem samem zbrodni.

Będąc przy położnicy około 1 i $^1/_2$ godziny mogła, stanowczo ten mały płód łatwo wydobyć, dokonując obrotu na nóżki i udzielając pomocy ręcznej, wydobyć płód z główką następującą, t. zn. pociągając za obie nóżki. Niestosunku porodowego nie było w danym wypadku, t. zn. zwężenia miednicy. Było zaś tak zwane, poprzeczne położenie płodu, względnie ukośne z rączkami wypadniętemi. Że dziecko „nie żyło przez cztery godziny po urodzeniu“ położna również nie może twierdzić, gdyż sumarycznie była przy porodzie maximum 7 kwadransów. Dziecko żyć musiało w czasie odcinania rączek i objawy życia musiały być widoczne, widząc jednak całe żywe dziecko po urodzeniu, bała się je dobić, czy zabić, bo ślady byłyby widoczne, dlatego podwiązaną już pępowinę zwolniła i odrzuciła pętlę, która uciskała całą pępowinę.

Jednakże pępowina raz uciśnięta i może okręcona nie puści już krwi, by dziecko mogło się skrwawić przez pępowinę, gdyż z chwilą pierwszych oddechów zmienia się zupełnie obieg krwi u dziecka. Pętla na suchej pępowinie powinna była zostać w czwartej, bieżącej dobie, a tego nie zastałem u dziecka. Jeśli pępowina była utrzymana na brzuszku dziecka, musiała także pętla tasiemkowa pozostać, aż do samoistnego odpadnięcia suchej pępowiny. Odpadnięcie miało nastąpić w 5—8 dniach.

Czyn jest karygodnym z dwojakiego punktu widzenia: Położna chciała sama dokonać kawałkowania płodu *(Embriotomia)*, by ratować matkę, ulegając sugestji i namowie otoczenia. Słyszała, może nawet widziała tę operację, wykonywaną przez lekarzy; zmniejszenie pojemności płodu może jednak wykonać tylko i jedynie lekarz. Zabieg to — bądź co bądź ciężki, wymaga rutyny chirurgicznej. Ostatecznie dziecko zmarło, — na szczęście swoje, — i swego otoczenia 11 stycznia 1922 roku.

Druga jej wina, to naruszenie § 30 ścisłej instrukcji. § 30 przepisów służbowych, podówczas obowiązujących dla akuszerek, pozwala akuszerce wyjątkowo:

1. wykonać obrót,
2. wydobyć płód w położeniu miednicowem,
3. odprowadzić wypadniętą pępowinę lub
4. wypadłą obok główki rączkę i
5. wydobyć zatrzymane łożysko.

W tymże § 30 jest ustęp, który mówi wyraźnie: „Używanie instrumentów zabronione jest akuszerce bezwarunkowo“.

Kończąc, dodaję, że lekarzom wolno-praktykującym położne są obowiązane okazać na żądanie swój dziennik i że lekarzowi wolno wpisać do dziennika odpowiednie swe uwagi, tyczące pracy zawodowej położnej. W interesie więc dobra naszego społeczeństwa proszę Czcigodnych Kolegów, po powiatach szczególnie, — kontrolować jaknajdokładniej czynności akuszerek, wśród których wiele zasługuje na karę, za przekraczanie swej kompetencji. W końcu nadmieniam, że nowa instrukcja dla położnych z dnia 2 maja 1929 roku (Monitor Polski Nr. 185/1929), ogłoszona w drodze rozporządzenia wykonawczego Ministra Spraw Wewnętrznych na podstawie art. 3 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 16 marca 1928 o położnych (Dz. U. R. P. Nr. 34, poz. 316) — obowiązuje dzisiaj każdą położną.

Instrukcję tę musi każda położna posiadać — patrz § 2 tegoż rozporządzenia wykonawczego.

Dalej zwracam uwagę wszystkich Kolegów praktyków, na §§ 22, 27 i 31, gdyż określają one szczegółowo, w których wypadkach w czasie ciąży (§ 22), porodu (§ 27) i w okresie połogu (§ 31) winna położna wezwać lekarza.

Dr. Emil MICHAŁOWSKI, asyst. kliniki. Lwów.

Przyczynek do t. zw. linitis plastica.

Z kliniki chirurgicznej U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. H. Schramm.

Pod pojęciem t. zw. *linitis plastica* rozumie się sprawę, polegającą na silnym rozwoju tkanki łącznej w ścianie żołądka, opisaną w postaci rozlanej przez Brintona, pod postacią zaś ograniczoną, zajmującą tylko część odźwiernikową żołądka, przez Cruveilhiera. W sprawie tej powstała nader liczna literatura kazuistyczna, zwykle jednak poszczególne przypadki, badane na stole operacyjnym lub sekcyjnym, niewiele naogół przyczynić się mogą do wyrobienia sobie w tej sprawie jasnego poglądu. Jak różne panowały zapatrywania i przypuszczenia co do tła tego procesu chorobowego, świadczy wielka ilość nazw podanych, która to liczba od czasów Brintona doszła mniej więcej do 20-tu.

Starano się wyodrębnić tę sprawę od innych schorzeń żołądka na podstawie pewnych cech klinicznych, a przedewszystkiem anatomicznych, makro- i mikroskopowych. W pierwszym rzędzie chodzi tu o stwardnienie, zwłóknienie i skurczenie ograniczające się albo do samej części odźwiernikowej, albo zajmujące całą ścianę żołądka. W tym ostatnim przypadku żołądek kurczy się i ściąga do wielkości pięści, przybierając często postać manierki. Rentgenologicznie stwierdza się przechodzenie treści kontrastowej w postaci wąskiego pasma, brak perystaltyki i często niedomykalność odźwiernika, który makroskopowo przemienia się w tym przypadku w sztywną mniej lub więcej szeroką rurę. W obrazie drobnowidowym zaś za typowe dla tego procesu uznawano zmiany, usadowione głównie w podśluzówce i w mięśniówce, a polegające na przeroście dochodzącym niekiedy do kilku centymetrów. Przerost ten spowodowany jest silnym rozwojem tkanki łącznej, zbitej, bliznowatej i skąpokomórkowej. Stwierdzenie tych właśnie cech pozwalało na zaliczenie poszczególnych przypadków do t. zw. *linitis plastica*.

Dążono przedewszystkiem do ustalenia tła i etjologji tego schorzenia. Co do tego zaś ścierały się głównie dwa zapatrywania, jedno przyjmujące tło zapalne, drugie nowotworowe. Poza tem za przyczynę niektórych przypadków uznawano drażnienie przez cząstki roślinne, wbijające się w ścianę żołądka. Wynikający stąd odczyn tkanki głównie błony podśluzowej, miał następowo prowadzić do zwłóknienia. Ropowice ściany żołądka, jako też zastój żylny przy wadach serca miały również w pewnych przypadkach doprowadzać w następstwie do zmian, o których mowa. Wrzód trawienny, kiłę, gruźlicę, uważano też za procesy, mogące stanowić tło dla *linitis plastica*. Ponieważ znajdywano przy tej sprawie zmiany na błonie surowiczej i na więzadłach otrzewnowych pod postacią zgrubień, pokurczeń i plam szaro-białych, łączono ją również z t. zw. *polyserositis*. Autorowie, broniący tła zapalnego *linitis plastica*, podkreślali dobrotliwy stosunkowo przebieg kliniczny, dalej fakt, że w obrazie drobnowidowym, w rzadko i pojedyńczo zwykle rozłożonych komórkach, nie można wcale znaleźć cech bujania nietypowego. Mimo to zapatrywanie, wysuwane szczególniej przez autorów francuskich, a szukające w bujaniu nowotworowem tła dla *linitis plastica*, znachodziło z biegiem czasu coraz więcej zwolenników. Przyczyniły się do tego przedewszystkiem spostrzeżenia anatomo-patologiczne nad rozwojem, budową i przebiegiem klinicznym włóknistego raka żołądka, *Ca. fibrosum*, szczególnie zaś postaci, opisanej przez Krompechera i Makai jako t. zw. *Ca. disseminatum*.

Rak włóknisty żołądka charakteryzuje się, jak wiadomo, przedewszystkiem silnym rozwojem tkanki łącznej, skłonnej do kurczenia się i bliznowacenia, przyczem komórek jest stosunkowo mało i doszukiwać się w nich trzeba cech bujania nietypowego. Odróżnienie tej postaci raka od nacieków zapalnych, przewlekłych w ścianie żołądka może niekiedy nastręczać poważne trudności, tem więcej, że opisywano zanikanie tych komórek wśród objawów ześlużowacenia, rozpadu jąder i degeneracji tłuszczowej. Są to zjawiska, które autorowie niemieccy uważają za objawy miejscowego gojenia *(Heilungsvorgänge)*, *Cancer atrophicans* (Virchow, Konjetzny). Te miejscowe procesy naprawcze w nowotworze złośliwym nie mają zresztą żadnego wpływu na wzrost nowotworu, jako całości i na ogólny przebieg sprawy chorobowej. Jeszcze większe trudności, jeżeli chodzi o stwierdzenie natury rakowej, nastręcza postać opisana przez Krompechera i Makai, jako *Ca. disseminatum*. W tej postaci raka żołądka, komórki nowotworowe nie tworzą zupełnie nagromadzeń i gniazd, lecz leżą pojedyńczo wśród obficie rozwiniętej tkanki łącznej. Niejednokrotnie w szeregu skrawków nie można pod drobnowidem stwierdzić nietypowego bujania tych komórek. Najłatwiej jeszcze stwierdzenie to udać się może w preparatach, pobranych z obwodu guza, a więc z części najmłodszej. Przypuszczają, że same komórki rakowe, względnie ich toksyny, działają pobudzająco na rozrost tkanki łącznej, która następowo kurczy się, tłumiąc, niejako spychając na dalszy plan właściwe komórki rakowe.

Rak włóknisty, rozwijający się w odźwierniku, prowadzi również do zgrubienia przedewszystkiem błony podśluzowej, nieraz znacznego stopnia i do przerostu mięśniówki. Zajmując stopniowo większe odcinki ściany, prowadzi do kurczenia się całego żołądka, który przybrać może charakterystyczny kształt manierki. Wreszcie podnieść trzeba, że rak włóknisty ma względnie dobrotliwy przebieg, w porównaniu do innych rodzajów raka żołądka. Przypadek, który poniżej podaję, zasługuje na uwagę, ponieważ dwukrotnie można go było zbadać na stole operacyjnym, a wreszcie

po śmierci. Chodzi tu o kobietę, która w roku 1924 zgłosiła się na klinikę z dolegliwościami ze strony żołądka, zapodając, że od dwu lat odczuwa bóle i gniecenia po jedzeniu w dołku podsercowym oraz nudności bez wymiotów. Dolegliwości te wzmagały się stopniowo, wreszcie sama chora zauważyła guz ponad pępkiem. W ostatnim roku znaczny spadek na wadze. Badaniem przedmiotowem stwierdzono w okolicy pępka guz wielkości pomarańczy, o konsystencji twardej, przy ucisku nieco bolesny, przesuwalny przy oddechu. Przy zmianie położenia guz przesuwał się na bok, odczyn Wassermanna we krwi ujemny.

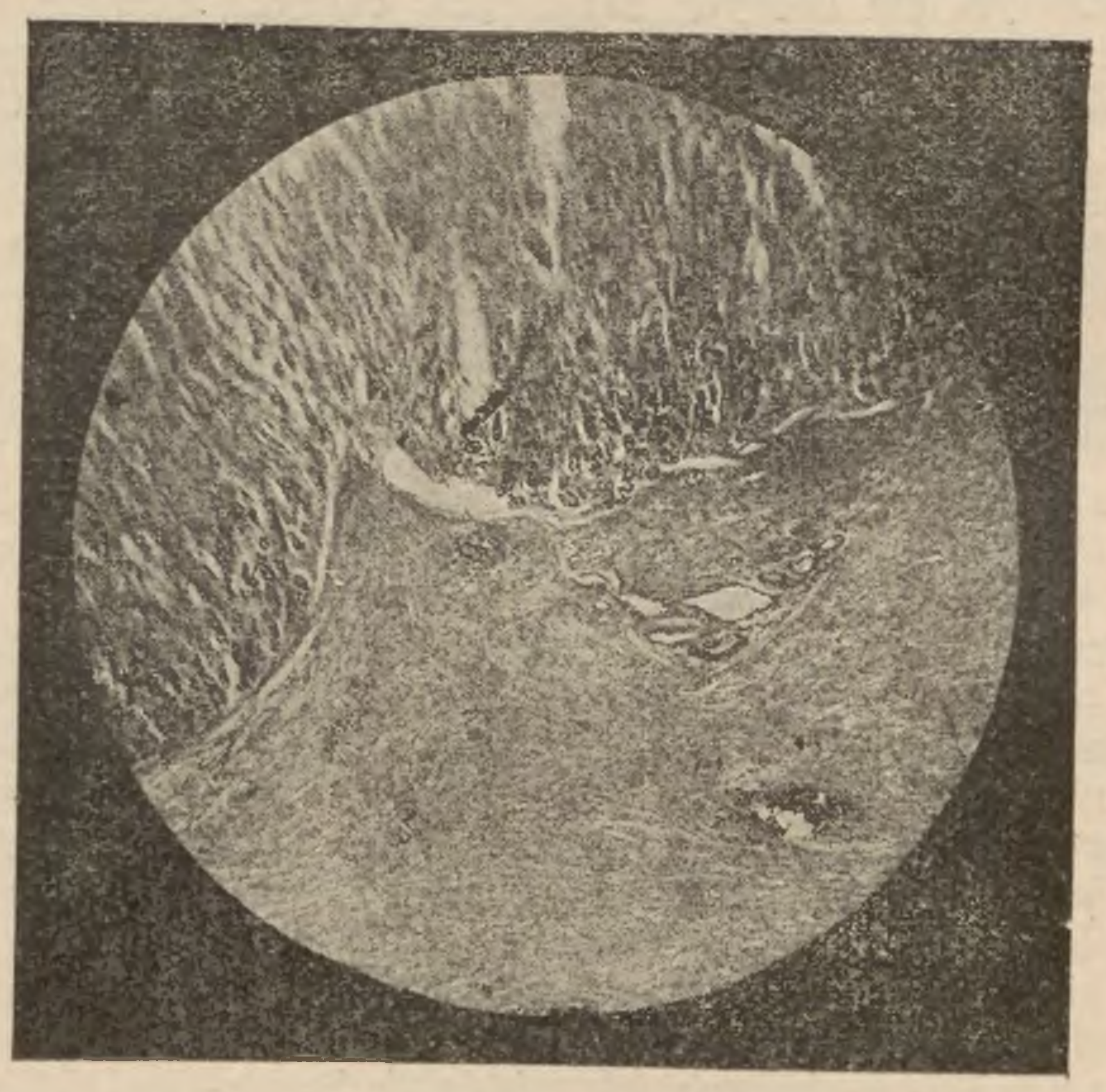
Rentgenologicznie stwierdzono żołądek długi, opadnięty w postaci haka, leżącego dośrodkowo. Krzywizna duża 6 palców poniżej pępka. Kontury obu krzywizn gładkie i regularne. Ruchy robaczkowe bardzo leniwe, odźwiernik drożny, czas opróżnienia opóźniony (po trzech godzinach zalega w żołądku około 1/3 spożytej ilości baru). *Bulbus duodeni* wypełnia się dość trudno. Wolny kwas solny naczczo i po obiedzie próbnym nieobecny. Kwas mlekowy obecny.

W znieczuleniu Roussiel'a i po nastrzykaniu powłok otwarto jamę brzuszną i stwierdzono na otrzewnej żołądka białomleczne pasma i smugi, ciągnące się na krzywiźnie małej i dużej wzdłuż naczyń. Ściana żołądka w zakresie odźwiernika twarda, zgrubiała i niepodatna. Zmiany te sięgały dość daleko ku części wpustowej. Wykonano resekcję sposobem Rydygier-Billroth I. Ściana żołądka przy przecinaniu nożem stawiała dość duży opór i chrzęściła, czyniąc wrażenie zbitej, twardej i niepodatnej masy. Na przekroju tuż pod błoną śluzową stwierdzono białawo-włókniste, twarde pasmo, przypominające makroskopowo przekrój włókniaka. Smuga ta odpowiadała przerosłej i włóknisto zmienionej błonie podśluzowej i mięśniówce. Chora opuściła klinikę w zupełnie dobrym stanie.



Ryc. 1.

Badanie drobnowidowe (Dr. Szymonowicz): W szeregu preparatów, pobranych z różnych miejsc wyciętego odcinka, można stwierdzić na pierwszy rzut oka znaczne zgrubienie ściany żołądka, polegające w pierwszym rzędzie na rozroście warstwy podśluzowej i mięsnej. Posuwając się od strony światła żołądka natrafia się na prawidłowo zachowującą się i dobrze rozwiniętą błonę śluzową, która jednak miejscami wykazuje cechy zanikowe. Gruczoły są rzadziej rozmieszczone, błona śluzowa przybiera miejscami wygląd wygładzony, a w warstwie podścieliskowej zaznaczają się gdzieniegdzie skupienia komórek zapalnych ze skąpemi ciałkami Roussel'a. Poza tem uderza rozszerzenie naczyń krwionośnych, wykazujących miejscami drobne wynaczynienia. Błona podśluzowa wybitnie wybujała, obrzękła, zawiera znacznie powiększone grudki chłonne, liczne drobniejsze zapalne nagromadzenia komórkowe o charakterze limfocytarnym ze znaczną domieszką komórek plazmatycznych. Sieć włókien tkanki łącznej rozrostem swym wielokrotnie przekracza granice prawidłowe. Włókna te barwiące się jednostajnie, przybierają gdzieniegdzie charakter bardziej jednolity, świadczący o początkowych zmianach zwyrodnienia szklistego (hyalinowego). W oczkach tej sieci wysuwają się na pierwszy plan liczne porozszerzane naczynia chłonne, jako też naczynia krwionośne. Widoczne są także drobne ogniska zapalne o charakterze bardziej przewlekłym. We wielu miejscach natrafiamy na podłużne przekroje naczyń chłonnych, których nabłonki ulegają miejscami rozrostowi i nadmiernemu bujaniu do światła. Miejscami zaś odklejając się, tworzą zbiorowiska komórkowe, wypełniające światło szczelinowatych przestrzeni. Miejsca te mogłyby swym wyglądem przypominać utkanie nabłonkowe, ogniska bujania nietypowego. Ze względu jednak na ostre odgraniczenie od tkanki otaczającej, brak wszelkich wyraźnych cech zwyrodnienia złośliwego i odczynu tkanki sąsiedniej, musimy uważać je za wyraz zwiększonej proliferacji śródbłonków. Przechodząc do mięśniówki znacznie zgrubiałej stwierdza się, że wszystkie jej warstwy uległy jednakowemu przerostowi, poszczególne zaś wiązki mięśniowe



Ryc. 2.

pooddzielane są wyraźnie zaznaczoną tkanką łączną. Komórki mięsne, przebiegające pasmowato, wykazują tu i ówdzie częściowe zatarcie struktury z powodu zmian zwyrodnieniowych miąższowych i szklistych. W błonie podsurowiczej uderzają na pierwszy rzut oka obficie wybujałe pasma tkanki łącznej, barwiące się kwasochłonnie i przybierające wygląd jednolity. Zaznacza się przytem silny rozrost naczyń krwionośnych porozszerzanych, przytem stwierdza się w tętniczkach zgrubienie całej ściany, głównie zaś błony wewnętrznej. Obraz ten drobnowidowy stwierdza przeważający rozrost tkanki łącznej, za którego bodziec może uchodzić przewlekła sprawa zapalna, a to ze względu na obecność nacieków zapalnych. Pewne wątpliwości w kierunku sprawy nowotworowej mogłyby nasuwać owe wyżej wspomniane przestrzenie szczelinowate, wypełnione śródbłonkami. Komórki te jednak ze względu na brak cech bujania nietypowego, nie mogą uchodzić za elementy nowotworowe.

Po opuszczeniu kliniki chora przez 4 lata czuła się zupełnie dobrze i dopiero od kilku miesięcy zaczęła odczuwać bóle przy połykaniu i po przyjęciu pokarmu, uczucie gniecenia w dołku podsercowym i wymioty. Przy badaniu stwierdzono na lewo od blizny w dołku podsercowym, guz mało ruchomy, bolesny. Przy relaparotomji stwierdzono w miejscu zespolenia żołądka z dwunastnicą, jako też i w przyległych okolicach ścian żołądka, twardy naciek zrośnięty z otoczeniem, a przechodzący dość daleko do wpustu. Na powierzchni wątroby kilka przerzutów różnej wielkości, poza tem w sieci małej i dużej liczne twarde i powiększone gruczoły limfatyczne. Wobec tego wykonano jejunostomję, aby móc przez nią odżywiać chorą. W 7 dni po zabiegu *exit. letal.*

Protokół sekcyjny: *Status post jejunostomiam. Ca. scirrhosum ventriculi. Peritonitis chronica adhaesiva in regione ventriculi. Atrophia omnium organorum. Anaemia universalis majoris gradus. Bronchopneumonia confluens lob. inf. pulm. Pleuritis fibrinosa in regione lob. inf. Emphysema senile pulmonum. Metastases multiplices hepatis.*

Przypadek powyższy jest dalszym jeszcze dowodem jak krytycznie odnosić się trzeba do t. zw. *linitis plastica.* Już w r. 1913. Lyle zebrał 130 przypadków *linitis plastica,* z których połowę zaliczyć można było do *Ca. fibrosum.* Żadna z cech, czy to klinicznych, rentgenologicznych, czy makroskopowych nie może uchodzić za charakterystyczną dla tego właśnie schorzenia. Na podstawie zaś obrazu mikroskopowego również nie można z całą pewnością wyodrębnić tej sprawy z rzędu nowotworów ścian żołądka. Jeżeli nawet przyjmiemy możliwość silnego i przeważającego rozwoju tkanki łącznej na tle czy to zapalnem, czy zastoju żylnego, to jednak do t. zw. *linitis plastica,* jako do jednostki rzekomo *sui generis* odnieść się musimy z daleko idącym sceptycyzmem i przypadki te, jeżeli nie wszystkie, to w każdym razie przeważającą ich ilość, uważać za pewną postać raka żołądka, przedewszystkiem za *Ca. fibrosum,* względnie *disseminatum.*

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Dr. Michał ŻABCZYŃSKI, st. asystent szpitala. Warszawa.

Zarys działalności szpitala Ś. Stanisława na Woli.

(I. IV. 1929. — 31. III. 1931 r.).

Szpital Ś. Stanisława nie jest jedynym szpitalem w stolicy, przeznaczonym dla chorych zakaźnych, chorych bowiem tego rodzaju przyjmują również i inne szpitale, a mianowicie: szpital Karola i Marji — dzieci z błonicą, szczególnie w wypadkach powikłania z krupem, tudzież dzieci chore na dur brzuszny; dorośli zaś na błonicę umieszczani są w szpitalu na Czystem; szpital dziecięcy przy ulicy Kopernika przyjmuje dzieci na płonicę w wieku od lat 2 — 14, szpital zaś Ś. Stanisława wszystkich chorych, niezależnie od wieku, na wszystkie choroby zakaźne, — a w razie wzmożenia się epidemji umieszcza się również chorych zakaźnych w szpitalu na Czystem, n. p. w roku 1929 leczyło się tam przeszło 500 przypadków duru brzusznego, czerwonki przeszło 30, płonicy ponad 40, — w roku zaś 1930, duru brzusznego przeszło 370, czerwonki 13 przypadków.

Przed paru laty, kiedy stanowisko naczelnego lekarza w szpitalu Ś. Stanisława zajmował ś. p. Dr. Witosław Dąbrowski, do szpitala na Czystem kierowano chorych z obserwacją duru brzusznego i płonicy, tudzież powikłania płonicy innemi chorobami, jak ospą wietrzną i odrą. W ostatnich czasach ten system rozlokowywania chorych został poniechany, obecnie obserwacja duru brzusznego i płonicy prowadzona jest w szpitalu Ś. Stanisława.

W ciągu lat sprawozdawczych 1929/30 i 1930/31, licząc rok sprawozdawczy od 1. IV. jednego roku do dnia 31. III. roku następnego, stan liczebny chorych w szpitalu Ś. Stanisława był następujący według poszczególnych chorób:

Liczba chorych.

Oddziały	1929/30. K.	M.	razem	zgon	% śmiert.	1930/31. K.	M.	razem	zgon	% śmiert.
1. Obserwacja										
a) płonicy			290					274		
b) duru brzuszn. i inne schorz.	168	126	294	25	8,5	265	237	502	46	9,1
2. Dur brzuszny	524	506	1030	84	8,15	427	350	777	69	8,8
3. Płonica	749	673	1422	-92	6,5	661	585	1246	73	5,8
4. Róża	298	207	505	24	4,75	518	322	840	60	7,1
5. Dur plamisty		2	2			1	1	2		
6. Błonica	8	4	12	3	33,3	19	25	44	4	9,1
Razem			3555	204	6,5			3685	252	6,8
Pozostało z lat ubiegł.	73	51	124			135	85	220		
Ogółem			3679					3905		

Śmiertelność w chorobach zakaźnych wynosiła ogółem:

w roku 1929/30 — 6,5%
w roku 1930/31 — 6,4%.

1. *Oddział obserwacji.*

Obserwacja płonicy wymaga indywidualizacji każdego przypadku. Jeżeli idzie o obserwacje jednocześnie kilkunastu przypadków, to zwykle nastręczają się znaczne trudności, spowodowane koniecznością należytej izolacji.

Brak odpowiednich warunków, pozwalających na należyte internowanie chorych, zmusza niejednokrotnie do stosowania różnych półśrodków, jak np. zapobiegawczych zastrzyknięć surowicy. To też przekazanie do użytku oddziałowi obserwacji 18 separatek, składających się każda: z pokoiku chorego, oddzielnej ubikacji z wanną, umywalnią i ustępem, w nowo uruchomionym pawilonie, rozwiązałoby niewątpliwie te trudności całkowicie z wielką korzyścią dla sprawy.

Chory przebywa zasadniczo na obserwacji do chwili wystąpienia objawów chorobowych, wczesnych lub późnych, jak łuszczenie lub typowe powikłanie. Z pomocniczych zaś sposobów rozpoznawczych prawie że nie korzystano, stosowanie ich bowiem okazuje się często zawodnem w wynikach (np. badanie krwi na wzmożoną liczbę eozynofilów, odczyn Dicka i t. p.).

Praca na oddziale obserwacji duru brzusznego odznacza się różnorodnością. Codziennie, niezależnie od epidemji, przybywa na oddział po kilku, nawet kilkunastu chorych celem ustalenia rodzaju choroby, co wymaga dłuższego i wszechstronnego badania klinicznego.

Poza obesrwacją oddział ten miewa w leczeniu częstokroć przez dłuższy przeciąg czasu chorych na inne ogólne schorzenia, które wynosiły:

Nr.	Nazwa choroby	w 1929/30 roku razem	K.	M.	zgon.	w 1930/31 roku razem	K.	M.	zgon.
1.	Zimnica	3	1	2	—	9	4	5	—
2.	Grypa	75	41	34	—	74	36	38	—
3.	Zakażenia posocznicze	11	11	—	7	15	6	9	7
4.	Zap. op. mózg. nagminne	1	—	1	1	8	2	6	6
5.	Gruźlica	42	18	24	2	64	29	35	11
6.	Kiła	1	1	—	—	5	3	2	—
7.	Wiewiór	2	—	2	—	—	—	—	—
8.	Gościec i i inne ch. og.	12	8	4	1	19	12	7	1
9.	Chor. ukł. nerw. i umysł.	17	8	9	3	9	9	—	1
10.	Chor. narząd. krążenia	14	12	2	4	48	31	17	4
11.	Chor. narządu oddech.	18	8	10	2	99	45	54	7
12.	Chor. narządu trawienia	80	47	33	—	117	63	54	4
13.	Chor. moczo-płciowe	13	10	3	1	25	21	4	1
14.	Urodzenie przedwcz.	1	1	—	—	2	2	—	—
15.	Chor. niedost. określ.	4	2	2	4	8	2	6	4
	Ogółem	294	168	126	25 (8,5%)	502	265	237	46 (9,1%)

2. *Oddział duru brzusznego.*

Z ogólnej liczby 1030 zachorowań na dur brzuszny w r. 1929/30 największa liczba przypadła na wrzesień — 202 zachorowania, w roku zaś 1930/31 z ogólnej liczby 777 zachorowań największa liczba, wynosząca 153, przypadła na sierpień. Najmniejsza liczba zachorowań w obydwóch latach przypada na kwiecień — 29 zachorowań (szczegółowy przebieg duru brzusznego i innych chorób zakaźnych według miesięcy uwidoczniają tablica i wykresy).

Śmiertelność duru brzusznego wynosiła:

W roku 1929/30 — 8,15%,
W roku 1930/31 — 8,8%.

Zarówno w durze brzusznym, jak w płonicy napotykano na trudności rozpoznawcze oczywiście w przypadkach lekkich, poronnych. Poza tem w paru przypadkach notowano wysokie miana zlepne przy braku objawów klinicznych duru brzusznego.

Leczenie stosowano zwykle higjeniczno-dietetyczne i objawowe.

Personel szpitalny zakażeniom nie ulegał, szczepiony był doustnie sposobem Besredki.

3. *Oddział płonicy.*

Pośród chorób zakaźnych, stale panujących w stolicy, na czołowe niemal miejsce wysuwa się płonica, grasująca, zwłaszcza w ostatnich latach, w ciągu całego roku. Największe jej natężenie przypadało na jesień i wynosiło 200 — 300 zachorowań miesięcznie.

Każdy chory, przybywający na oddział z wyraźnemi objawami płonicy, bywa narazie izolowany w osobnem pomieszczeniu, celem ustalenia, czy nie posiada jakiegokolwiek współistniejącego zakażenia, zwłaszcza błonicy; w razie stwierdzenia błonicy lub jej nosicielstwa chory pozostaje nadal izolowany i poddawany odpowiedniemu leczeniu.

Poza błonicą na oddziale płoniczym notowano przypadki współistniejącej odry i ospy wietrznej. Przypadki odry były rzadkie, z chwilą ujawnienia były natychmiast odosobniane, dzięki czemu nie miały skłonności do szerzenia się, ospa wietrzna natomiast zdarzała się częściej, a przytem z wyraźną skłonnością do szerzenia się i dłuższego trwania.

Badania na obecność paciorkowców hemolitycznych, szczególnie wśród ozdrowieńców, zaprzestano już przeszło od roku za zgodą p. o. naczelnego lekarza Dr. Eugenjusza Osińskiego, a to wobec znikomej wartości praktycznej tych badań przy jednoczesnem znacznem obciążeniu pracowni szpitalnej. Badania te początkowo miały na celu informowanie dozorów sanitarnych, które jednak nie były w stanie wykorzystać zawiadomień o nosicielach płoniczych i rejestrowały jedynie nosicieli durowych.

Zaznaczyć należy, że rozpowszechnione dosyć mniemanie, że przerost migdałków powoduje cięższy przebieg ogólny lub miejscowy (angina) w płonicy, okazuje się na podstawie wieloletniej specjalnej obserwacji w tym kierunku zgoła nieuzasadnione.

Poza zwykłem objawowem leczeniem stosowano w każdym cięższym, a wcześniejszym przypadku surowicę przeciwpłoniczą wyrobu Państw. Zakładu Higjeny. Surowica ta nie jest ściśle antytoksyczną, nie daje bowiem odczynów wygasania, jednak sądzić należy, działa ona w dostatecznym stopniu przeciwjadowo i dlatego podawana bywa w dawkach, niezbędnych do wiązania toksyn w ustroju, co wreszcie zgodne jest ze wskazaniami P. Z. H., a mianowicie: dla osesków i dzieci do lat dwóch — 20 cm³, dla dorosłych — 60 cm³. Stosowano ją wyłącznie domięśniowo. W razie potrzeby wstrzyknięcia powtarzano w następnych dniach.

W przypadkach z powikłaniami ropnemi stosowano szczepionkę własną (autowakcynę), z wynikami naogół pomyślnemi. Powikłania uszne powodowały parokrotnie zapalenia wyrostka sutkowego, co zmuszało do antrotomji.

Rzadziej spotykano jako powikłania — ropnie pozagałkowe, operowane przez doc. dr. Władysława Melanowskiego z wynikiem naogół pomyślnym.

Śmiertelność w płonicy wynosiła w roku:

1929/30 — 6,5%.
1930/31 — 5,8%.

Względnie wysoką śmiertelność przy stosunkowo lekkim ogólnym przebiegu choroby tłumaczyć należy częstemi ciężkiemi powikłaniami, jak mocznica i t. p. tudzież zaniedbaniem w leczeniu, skutkiem późnego dostarczania chorych do szpitala.

Wreszcie wysoki odsetek śmiertelności w płonicy, endemicznie utrzymującej się w pewnych skupieniach, nie może być uważany jako bezwzględny miernik natężenia epidemji, albowiem śmiertelność bardzo często spotęgowana jest czynnikami bądź konstytucjonalnemi, bądź innemi zgoła, niezależnemi od istoty epidemji, jak np. upośledzone warunki bytu.

4. *Róża.*

Umieszczanie chorych na różę w r. 1929/30, odbywało się częściowo w szpitalu Ś. Stanisława, częściowo zaś w szpitalu przy ulicy Złotej i dopiero w r. 1930/31 leczenie róży pozostaje na stałe ześrodkowane w szpitalu Ś. Stanisława.

Uwzględniając przeto materjał liczbowy z obu lat należy zaznaczyć, że dla celów ściśle epidemjologicznych miarodajne będą jedynie dane za r. 1930/31.

Wzrost epidemji róży niewątpliwie znajduje się w dużej zależności od zmian atmosferycznych. Największe jej natężenie przypada na wspólny dla wszystkich chorób zakaźnych październik — 105 przypadków, liczba ta, poczynając od stycznia, spada stopniowo i w marcu wynosi 55 przypadków. W leczeniu róży stosowano zwykłe opatrunki (maście z ichtjolu 10% i chlorku wapnia 10%; 5% wodny błękit metylenowy, płyn karbolowo-kamforowy (1:2); w przypadkach zaś cięższych, septycznych zastrzykiwano kolargol, jatren, propidon, i t. p. , domięśniowo z wynikiem pomyślnym).

Śmiertelność wynosiła:

w roku 1929/30 — 4,75%,
w roku 1930/31 — 7,1%.

Szczegółowy wykaz liczbowy ruchu chorych zakaźnych w latach 1929/30 — 1930/31.

Miesiące 1929/30 r.

Nazwa choroby	Kwiec.	Maj	Czerw.	Lipiec	Sierpień	Wrzes.	Paździer	Listopad	Grudz.	Styczeń	Luty	Marzec	Ogółem
Dur brzuszn.	29	31	43	44	162	202	150	119	94	61	59	36	1030
Płonica	36	58	56	75	114	136	324	180	130	111	108	94	1422
Błonica	1	1	—	—	1	—	2	1	1	2	2	1	12
Róża	71	66	59	68	50	74	41	—	—	—	—	76	505
Dur osut.	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	2
Inne	57	60	45	53	41	58	54	49	45	36	40	46	584
Razem	194	216	203	241	368	470	571	349	270	211	209	253	3555

Miesiące 1930/31 r.

Nazwa choroby	Kwiec.	Maj	Czerw.	Lipiec	Sierpień	Wrzes.	Paździer	Listopad	Grudz.	Styczeń	Luty	Marzec	Ogółem
Dur brzuszn.	29	42	38	130	153	105	72	63	33	38	29	45	777
Płonica	81	75	104	148	135	145	193	117	85	58	51	54	1246
Błonica	—	—	—	1	2	1	1	1	30	8	—	—	44
Róża	80	61	75	97	71	72	105	66	70	38	50	55	840
Dur osutk..	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2
Inne	56	64	71	62	67	64	80	77	68	77	47	43	776
Razem	246	243	288	438	428	387	451	324	287	219	177	197	3685

5. *Dur plamisty.*

Duru plamistego w ciągu obydwóch lat sprawozdawczych było zaledwie po 2 przypadki o przebiegu lekkim z całkowitem wyleczeniem.

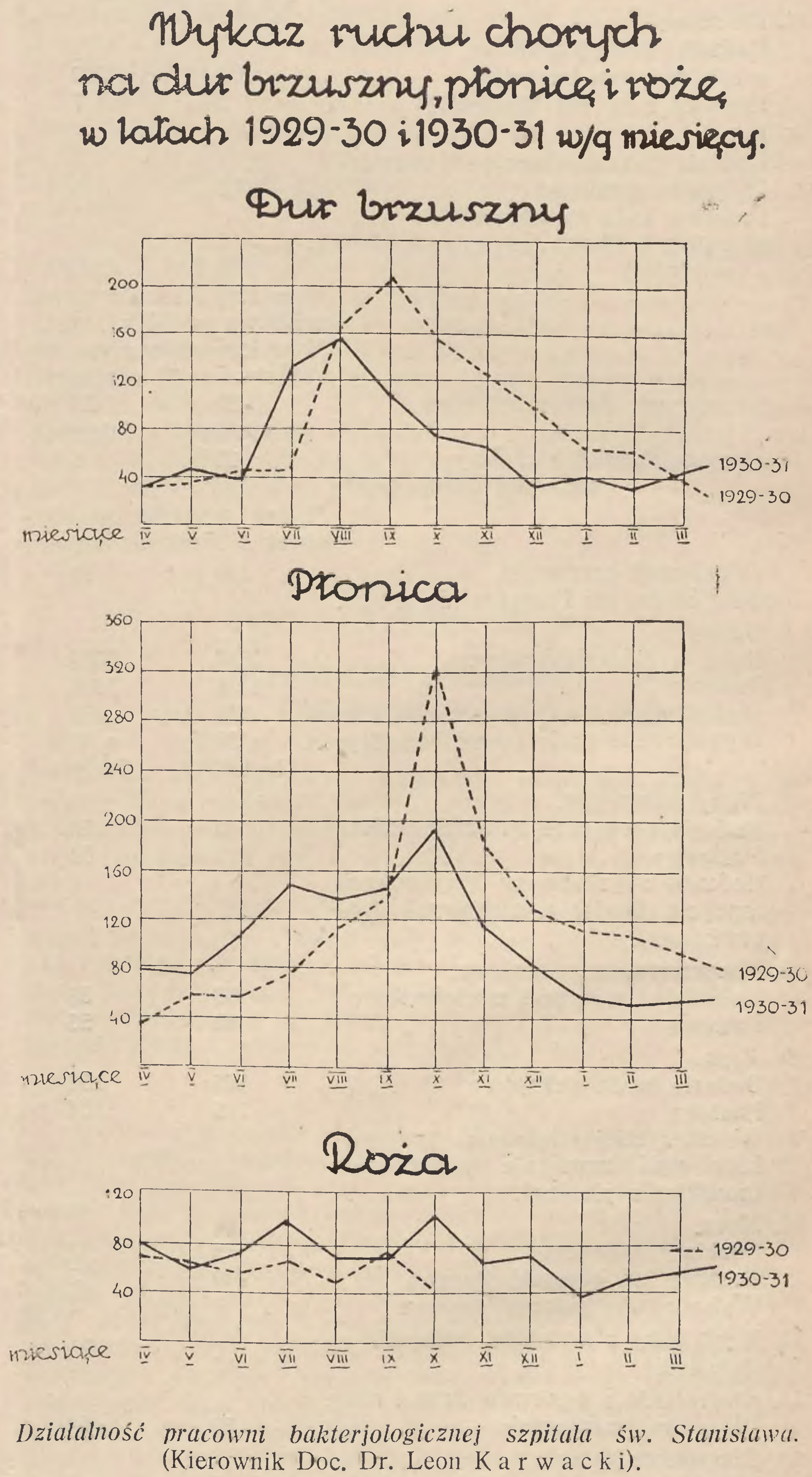
6. *Błonica.*

Błonica, jak to zaznaczono na początku sprawozdania, jest umieszczana w szpitalu im. Karola i Marji (dzieci) i w szpitalu Starozakonnych na Czystem (dorośli); to też w szpitalu św. Stanisława zdarzały się tylko sporadyczne przypadki błonicy: w r. 1929/30 było 12 przypadków, zakończonych wyleczeniem. Z powodu znacznego wzmożenia się epidemji błonicy, której natężenie w ostatnich latach jest dość wysokie, uruchomiono z końcem r. 1930 na okres kilkotygodniowy oddział na 50 łóżek. Ogółem w r. 1930/31 leczyło się na błonicę 44 chorych, wyzdrowiało 40, zmarło 4; w 3 przypadkach, zakończonych śmiercią, były krwotoki ze śluzówki gardła.

Nie można tu nie podkreślić faktu, że szybkie rozpoznanie i wczesne odosobnienie w szpitalu wszystkich możliwie przypadków błonicy, na wzór płonicy i zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, t. j. w schorzeniach, w których szerzenie zarazy odbywa się drogą zakażenia kropelkowego, mogłyby w bardzo znacznym stopniu zahamować rozwój epidemji tej choroby.

Innych ostrych chorób zakaźnych, jak *wietrzna ospa i odra*, było w szpitalu po kilka zaledwie przypadków.

Badania kliniczne na oddziałach stale uzupełniano wynikami badań w pracowni szpitalnej i w prosektorjum miejscowem.



Działalność pracowni bakterjologicznej szpitala św. Stanisława.
(Kierownik Doc. Dr. Leon Karwacki).

	1929/30	1930/31
Krew.		
1. Posiewy i rozpoznanie zarazków, przeprowadzenie przez podłoża, oraz aglutynacje przez wysokowartościowe surowice	300	295
z krwi hodowano paciorkowce i pałeczki durowe.		

	1929/30	1930/31
2. Badania morfologiczne na pasorzyty zimnicy i krętki badania przeważnie ujemne	50	30
3. Badania serodiagnostyczne. Aglutynacje na dur brzuszny i dury rzekome, na dur osutkowy oraz w celu sprawdzenia etjologji szczepów wyhodowanych z krwi — razem	4730 [1])	4555 [2])

[1]) w sumie przypadków, badanych na dur brzuszny 1400 — odczyn ustalił rozpoznanie w 545 przyp.

[2]) w sumie przypadków, badanych na dur brzuszny, odczyn ustalił rozpoznanie w 700 przypadkach.

	1929/30	1930/31
4. *Plwocina.*		
Badania bakterjoskopowe na prątki gruźlicze i inne bakterje	275	290
Posiewy plwociny gruźliczej	5	7
5. *Kał.*		
Badania bakterjoskopowe (wnętrzaki, prątki gruźlicze)	15	18
Posiewy kału na obecność:		
a) pałeczek Eberta (głównie u uzdrowieńców)	999 [3])	1106 [4])

[3]) w tem stwierdzono nosicielstwo w 33 przyp.

[4]) w tem stwierdzono nosicielstwo w 70 przyp.

	1929/30	1930/31
b) pałeczek duru rzekomego	30 (ujemne)	25 (ujemne)
c) przecinkowców cholery nie stwierdzono wcale	10 [5])	6

[5]) raz wykryto przecinkowce rzekomocholerycz.

	1929/30	1930/31
d) pałeczek czerwonki typów Shiga, ani Flexnera nie stwier.	100	50
6. *Naloty.*		
Badania bakterjoskopowe	2995	3000
Posiewy	1295	1305
Wyhodowano maczugowce błonicze	220 razy	438
Wyhodowano paciorkowce hemolityczn.	u 50% badanych	u 40% badanych
7. *Płyny opłucnowe.*		
Badania chemiczne i morfologiczne	45	50
Posiewy	45	50
Hodowle uzyskano w przypadkach ropnych płynów wysiękowych (paciorkowce).		
8. *Płyny mózgowordzeniowe.*		
Badania chemiczne i morfologiczne	60	55
Posiewy	60	55
9. *Ropa.*		
Badania bakterjoskopowe	175	154
Posiewy	175	154
W olbrzymiej większości przypadków ropa zawierała paciorkowce (powikłania płonicy).		
10. *Mocz.*		
Rozbiory chemiczne	5	7
Posiewy na pałeczki durowe	700	655
Wyhodowano pałeczki durowe	3 razy	5 raz.
11. *Wydzieliny z narządów rodnych.*		
Gonokoki	10	12
12. *Szczepionki z posiewów krwi i ropy.*		
Dla celów leczniczych	50	64
13. *Szczepienia świnek.*		
Materjałem podejrzanym o gruźlicę	3	5
Ogółem	12132	11848

Sekcje zwłok w prosektorjum szpitala św. Stanisława wykonali: w r. 1929/30 Doc. Dr. Zdzisław Michalski, ordynator oddziału obserwacyjnego, w r. zaś 1930/31 Dr. Karol Chodkowski, asystent Inst. Anat. Pat. U. W.

	1929/30	1930/31
Wykonano sekcyj	79	96
Wykonano badań mikroskop. narząd.	—	20 przyp.
Rozpoznań zgodnych	34—43%	59—61,5%
Uzupełnionych	31—39,3%	22—22,9%
Zgodnych łącznie	65—82,3%	81—84,4%
Niezgodnych	14—17,7%	15—15,6%

Kończąc sprawozdanie powyższe, wspomnieć należy, że w r. 1931 lekarz naczelny Dr. Konrad Orzechowski kontynuował próby skupienia wszystkich ostrych chorób zakaźnych na terenie stolicy w szpitalu św. Stanisława. Aczkolwiek zamierzenia te na razie nie mogą jeszcze być całkowicie urzeczywistnione, jednakże przy zapewnieniu szpitalowi dostatecznej liczby łóżek dla ostrych chorób zakaźnych i należytem rozplanowaniu oddziałów, coraz bardziej zbliżać się będzie chwila zcentralizowania chorób zakaźnych w szpitalu św. Stanisława. Jednym z takich etapów przejściowych jest uruchomienie od r. 1929 nowego pawilonu na 240 łóżek, bardziej odpowiadającego wymaganiom epidemjologicznym, niż pomieszczenia dotychczasowe.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Atlas de radiographie osseuse (II Squelette pathologique). Nakładem Massona w Paryżu 1931. Wydanie in 4⁰, 25×32, stron 344, rycin 897 t. j. 519 radjogramów i 378 schematów.

Pojawiło się zbiorowe wydanie atlasu rentgenowskiego, poświęconego patologji systemu kostnego. Należy on do serji wielkiego atlasu rentgenowskiego *„Grand atlas de radiographie"* — dzieła zakrojonego na wielką miarę, omawiającego w obrazach rentgenowskich schorzenia wszystkich narządów, którego poszczególne tomy przeznaczone schorzeniom dróg pokarmowych i oddechowych wyszły już z druku, inne są w przygotowaniu.

Atlas omawiany składa się z dwóch części: W części pierwszej, opracowanej przez PP. G. Hareta, A. Dariaux i J. Quénu, obejmującej 192 stronic oraz 280 radjogramów i tyleż schematów, przedstawione są zmiany traumatyczne wrodzone i nabyte szkieletu t. j. złamania, zwichnięcia i oderwania (odklejenia) nasad. Do każdego radjogramu dołączony jest schemat dokładnie rysowany, zaopatrzony w treściwe objaśnienie, które umożliwia szybką i łatwą orjentację w typie uszkodzenia. Z opracowanego materjału widać, że autorzy nie zajmują się kolekcjonowaniem przypadków rzadkich, ale główną uwagę poświęcają przypadkom typowym, z jakiemi najczęściej spotyka się w praktyce codziennej lekarz rentgenolog i chirurg. Dla wykazania, jak precyzyjną jest diagnostyka rentgenowska, przedstawione są przypadki, których rozpoznanie jest trudniejsze n. p. złamania zęba kręgu obrotowego lub uszkodzenia traumatyczne kości trzeszczkowych wielkiego palca nogi.

Obrazy uporządkowane są nie według rodzaju zmian traumatycznych lecz topograficznie. W poszczególnych rozdziałach zebrane są wszystkie zmiany urazowe, z jakiemi możemy się spotkać w danej części szkieletu kostnego, dzięki czemu okolica i rodzaj urazu mogą być w atlasie łatwo odszukane. Wszystkie obrazy kończyn odnoszą się w atlasie do strony prawej, nie przedstawia to jednak trudności w porównywaniu z negatywami filmowemi, które, jak wiadomo, są obustronne.

W części drugiej, zawierającej 337 rycin t. j. 239 radjogramów i 98 schematów, opracowanej przez P. E. Sorrel i Panią Sorrel-Dejerine, przedstawione są w oddzielnych rozdziałach schorzenia nietraumatyczne kośćca, a więc gruźlica, kiła, nowotwory, zapalenia szpiku kostnego, torbiele, zapalne i niezapalne schorzenia stawów, dystrofje i dyschondroplazje. Podobnie jak w części pierwszej, niektóre radjogramy objaśnione są rysunkami schematycznemi, układ zaś w poszczególnych rozdziałach jest również topograficzny.

Z przedstawionych obrazów widać, że autorowie rozporządzali licznym i wielostronnym materjałem, a dobór świadczy o dużem doświadczeniu i głębokiej znajomości omawianego przedmiotu. Dzieło ujęto dydaktycznie, nie kolekcjonersko, wydane w formie wytwornej, winno przynieść dużą korzyść i pomoc rentgenologom.

T. Marciniak (Lwów).

Leon Bernard. *Les Débuts et les arrêts de la tuberculose pulmonaire.* 1 vol. 270 stron. 71 ryc. Masson 1931.

Książką niniejszą otwiera autor, znakomity profesor ftizjologji w Uniwersytecie paryskim, bibliotekę ftizjologiczną, której zadaniem jest spopularyzowanie nowoczesnych problemów ftizjologji w formie szeregu monografij. „Mało działów patologji — pisze

Bernard — zostało w latach ostatnich tak gruntownie przetrząśniętych i przebudowanych, jak właśnie gruźlica".

Za przedmiot pierwszej monografji obrał autor sprawę zmian początkowych oraz powstrzymania rozwoju gruźlicy. W latach ostatnich zapatrywania nasze na patogenezę gruźlicy uległy dużym zmianom, przedewszystkiem dzięki zdobyczom nauk pomocniczych, w szczególności radjologii. „Należy przyznać, co jest rzeczą kapitalną, jakkolwiek zupełnie nową i niewątpliwie niedostatecznie uznaną, że dla zmian początkowych.... objawy radjologiczne przedstawiają prawie jedyną podstawę naszego badania, podczas gdy inne zawodzą". „Mamy obowiązek konfrontować dane, otrzymane tą metodą z innemi badaniami klinicznemi". To przekonanie autora, wybitnego klinicysty, odźwierciedla się w całej monografji, w której na każdym kroku podkreśla wartość badania rentgenowskiego dla rozpoznania gruźlicy, a 71 zdjęć rentgenologicznych, ilustrujących monografję, stanowi cenny materjał dokumentarny. Najczęściej gruźlica dorosłego ma swe źródło w dzieciństwie, z którem łączy ją cały łańcuch epizodów znanych lub mniej znanych. Najpierw omawia autor zakażenie pierwotne, podając własne obserwacje kliniczne, poczynione w żłóbkach dla niemowląt. Następnie wyczerpująco omawia superinfekcje endogenne u dorosłych. Podkreśla błędne przyjmowanie początkowego usadawiania się zmian w szczytach, podnosząc ważność usadawiania się ich w otoczeniu wnęk. Dużo miejsca poświęca naciekom o usadowieniu podobojczykowem *(intercléido-hilaire)* oraz innej lokalizacji zmian wczesnych, sprawie zmian płatowych, gruźlicy prosówkowej i tyfobacilozie. Część drugą monografji poświęca procesom gojenia się i powstrzymania rozwoju różnych postaci gruźlicy. Omawiając w ostatnim rozdziele kwestję gruźlicy i małżeństwa, podnosi rzadkość stosunkową zakażenia wśród małżonków. Wszystkie postacie i lokalizacje gruźlicy, będące w stadjum rozwoju, stanowią przeciwwskazanie do małżeństwa.

W książce tej porusza autor w sposób jasny, zrozumiały, bez balastu literatury nowoczesne problemy ftizjologji, które winny zainteresować przedewszystkiem lekarza praktyka. Widoczne jest z tej monografji zbliżenie szkoły francuskiej do poglądów nowoczesnej szkoły ftizjologicznej niemieckiej.

W. Grabowski (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Młoda Matka, nr. 2, z roku 1932: M. Stopnicka: Najważniejsze błędy w odżywianiu niemowląt. — M. Gromski: Upławy. S. Średnicki: Płonne obawy młodej matki. — J. Wiszniewski: Wędliny w dietetyce dzieci.

Therapia nova, rok III, nr. 12 z grudnia 1931: S. Kramsztyk: O diecie jabłkowej i jej stosowaniu. — L. Lipszowicz: Gruźlica a układ nerwowy w świetle nowszych badań. — Z. Nachtman: Przyczyny nerwowe powstawania dychawicy oskrzelowej.

Kosmos, Serja B. Przegląd zagadnień naukowych, rocznik LIV, zeszyt I, II, III i IV: P. Sarasin: Światowa ochrona dzikiej fauny. — D. Szymkiewicz: Promieniowanie, jako czynnik klimatyczny. — E. Stenz: Zagadnienie magnetyzmu kuli ziemskiej. G. Poluszyński: Hodowla tkanek. — S. Hiller: Mikrurgja. S. Loria: Alchemja średniowieczna w świetle fizyki dzisiejszej.— Z. Pazdro: Elementy i geneza tektoniki Europy. — W. Wyspiański: O właściwe oblicze nauk biologicznych w naszej szkole ogólnokształcącej. — B. Barański: O mikroanalizie ze szczególnem uwzględnieniem mikroanalizy pierwiastkowej związków organicznych. — B. Rosiński: Spostrzeżenia z pogranicza antropologji i socjologji. — S. Skowron: Z nowszych poglądów nad udziałem plazmy w dziedziczności. — J. Dembowski: Teorja i fakty promieniowania mitogenetycznego. — M. Skalińska: Z zagadnień genetyki.

Kosmos. Serja B. Przegląd zagadnień naukowych, rocznik LV, zeszyt I i II—III. S. Loria: Znaczenie prac Marji Skłodowskiej-Curie dla rozwoju fizyki i chemji. — W. Baehr: Cytologiczne podstawy zjawisk dziedziczności. — W. Koskowski: Znaczenie medycyny jako nauki. — W. Gorczyński: O ilości i roli ozonu w atmosferze ziemskiej. — J. Moniak: O wpływie prądu Golfowego i lodów na klimat Europy.

Wiadomości Kas Chorych, rok II, Nr. 22, z 15 listopada 1931: Dział urzędowy. Z zagadnień organizacyjnych kas chorych. Kongresy i Zjazdy. Bezrobocie. Dział sprawozdawczy. Z życia kas chorych.

Pamiętnik kliniczny Szpitala Św. Łazarza w Warszawie, tom I, zeszyt 1, z r. 1932. wydany nakładem Koła dermatologów i lekarzy innych oddziałów Szpitala św. Łazarza zawiera wspomnienie pośmiertne o ś. p. dr. Tadeuszu Trzcińskim i 16 sprawozdań z posiedzeń naukowych, odbytych w roku 1930 i 1931.

Nowiny Lekarskie, rok XLIV, nr. 2, z 15 stycznia 1932: H. Kowarzyk: Nowoczesne poglądy na mechanizm krzepnięcia krwi. — R. D. Woyno: Alkohol etylowy, ostre jego działanie na ustrój i leczenie. — B. Walczak: Położenie poprzeczne na podstawie materjału Wojewódzkiej Kliniki dla kobiet z lat 1925—1929. — Z. Dziembowski: Kilka słów o obecnym stanie chirurgji w Niemczech.

Medycyna, nr. 1, z roku 1932: W. H. Melanowski: Odwarstwowienie siatkówki i jego leczenie w świetle nowych poglądów. — J. W. Grott i M. Petrynowski: Zakażenie dwunastnicy i dróg żółciowych wielkouśćcem jelitowym. — J. Bublej: Spostrzeżenia kliniczne nad trichocephaliasis i nad jej leczeniem. — G. Nowosadko: Interrenalismus i hyperthyreoidismus.

Nowiny Społeczno-Lekarskie, rok VI, nr. 2 z 15 stycznia 1932: Z życia Związku lekarzy Państwa Polskiego, — A. Sianowski: Smutne zjawisko.

Zdrowie, rok XLVI, nr. 22, z 15 grudnia 1931: L. Kochański: Współdziałanie lekarzy powiatowych z władzami przemysłowemi. Z. Rudolf: Ochrona rzek przed zanieczyszczeniem. — St. Matusiak: Przyczynek do sprawy zafałszowań mleka na rynku warszawskim.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok IX, nr. 3, z 21 stycznia 1932: Z. Kurlandski: O leczeniu biegunek u dzieci dietą jabłkową. — L. Szyfman: O gruźlicy wikłającej cukrzycę. — H. Łukaszewski: Przypadek agranulocytozy w przebiegu leczenia przeciwkiłowego. — C. Rosengartenówna: O niektórych postaciach surowiczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych (streszcz. pogl. dok.). — M. Dominikiewicz: Specyfiki lecznicze oraz warunki ich wytwarzania i rozpowszechniania. — C. Szabad: Niezdolność do pracy z powodu choroby ubezpieczonych w kasie chorych m. Wilna za rok 1929 (dok.).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo niemieckie.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 35. — 1931 r.

Kühn u. Witscher: *Zaburzenia przemiany chloru w cukrzycy.* W przypadkach ciężkiej cukrzycy spotyka się zarówno hipochloremję, jak i hipochlorurję, które mogą być ważnym wskaźnikiem ciężkości schorzenia, poprzedzając często wystąpienie ketonurji.

Horwitz: *Płytki krwi ze stanowiska metodyki.* Za najlepszy sposób liczenia płytek uważa autor metodę Hofmanna i Flössnera. Wedle kształtu i wielkości rozróżnia 3. grupy płytek. Określenie ilości płytek może być dokładne według metody van Allena. Opisuje badania nad szybkością rozpadu i własnościami aglutynacyjnemi płytek i podnosi ich znaczenie dla kliniki.

Nr. 36. — 1931 r.

Holler: *Białaczka a gruźlica.* W przypadkach typowej białaczki szpikowej spostrzegał autor po wystąpieniu gruźlicy prosówkowej leukopenję; w innej grupie przypadków obie sprawy chorobowe były w stanie rozwoju i wzajem się pokrywały. Podobne działanie antagonistyczne znajdywał u innych chorych, w końcu także u jednego chorego z białaczką limfatyczną, u którego przyszło do rozwoju ziarnicy. W tym przypadku można było rozróżnić dwa okresy choroby: pierwszy cechował się ogólnem, znacznem powiększeniem się gruczołów, powiększeniem się średniego stopnia śledziony i wątroby i obrazem krwi typowym dla *lymphadenosis leucaemica;* okres drugi zaś cechował się nieznacznem ogólnem powiększeniem się gruczołów, znacznem powiększeniem się śledziony i obrazem krwi najpierw *lymphadenosis aleucaemica,* a po wycięciu śledziony leukocytozą i monocytozą; po upływie pewnego czasu po splenektomji w obrazie krwi dominowała monocytoza.

Meyer, Rosenfeld u. Anders: *Przeszczepienie lymphogranuloma inguinale na świnkę morską.* W 10 przyp. ludzkiej *Lymphogranuloma inguinale* udało się przeszczepienie na świnkę morską oraz dalsze przeszczepiania, aż do 12 pokolenia. Sprawa szerzy się najpierw drogami limfatycznemi, później drogą krwi i wywołuje typowe przerzuty tkanki ziarninowej w narządach. Virus prze-

chodzi przez sączek Berkefelda; na działanie gliceryny i na ogrzanie jest w wysokim stopniu odporny.

Freund u. Reiss: *Przeszczepienie Lymphogranuloma inguinale na króliki i świnki morskie.*

Nr. 37. — 1931 r.

Hochrein: *Przekrwienie serca.* Przegląd spostrzeżeń eksperymentalnych z zakresu fizjologji i farmakologji przekrwienia naczyń wieńcowych oraz rozważanie wskazań terapeutycznych do sprowadzania przekrwienia. Zależnie od przypadku można terapeutycznie albo wzmóc napływ krwi, albo też zmniejszyć opór w systemie naczyń wieńcowych. Ze środków, należących do I. grupy, badane były ciała, należące do grupy adrenaliny, chlorek baru i lobelina, ze środków zaś, należących do II. grupy, omawia działanie *amylium nitrosum,* cukru gronowego, wapnia, kofeiny, ciepłych kąpieli miejscowych, wziewań kwasowęglowych i tlenowych.

Nuernbergk u. Widmann: *Badania nad zawartością jodu we krwi przy zaburzeniach ukł. wegetatywnego.* Zawartość jodu we krwi u 21 osobników z zaznaczonem zaburzeniem układu wegetatywnego była wyraźnie wzmożona, (nie było u nich wzmożenia przemiany spoczynkowej); w 10 przyp. *m. Basedovii* zawartość jodu we krwi była znacznie wzmożona. Ze zwiększenia się poziomu jodu we krwi, jako wyrazu zwiększenia się we krwi ilości wydzieliny tarczycy, można wyprowadzać wnioski co do istnienia zaburzenia tarczycy w tych przypadkach.

Zerkowitz: *Wpływ leczenia gorączką na narząd krążenia.* Przy istniejącem schorzeniu mięśnia sercowego nie należy stosować leczenia gorączką, natomiast chorzy ze zmianami naczyniowemi znoszą to leczenie naogół dobrze.

Nr. 38. — 1931 r.

Bernhard: *Wpływ zamknięcia przewodu żółciowego wspólnego na zawartość glikogenu w wątrobie.* Autor wykazał na podstawie wielu eksperymentów na zwierzętach, że podwiązanie przewodu żółciowego wspólnego sprowadza zmniejszenie się ilości glikogenu w wątrobie i przez to ułatwia uszkodzenie wątroby n. p. wskutek narkozy. Podanie węglowodanów może do pewnego stopnia stanowić ochronę przed zmianami zwyrodnieniowemi wątroby.

Nr. 39. — 1931 r.

Wittkower: *Zmiany somatyczne po zadziałaniu podniet uczuciowych.* Badania przeprowadzono u osób zdrowych. Po podaniu śniadania kofeinowego badano kwaśność soku żołądkowego, jego ilość oraz czas opróżniania się żołądka przed i po działaniu afektu (smutek, lęk, gniew, radość), częściowo na jawie, częściowo w hipnozie. Spostrzegano niedokwaśność i przekwaśność soku żołądkowego, zwiększenie się lub zmniejszenie jego ilości, skrócenie i przedłużenie czasu opróżniania się żołądka. Może przyjść do achylji, niepoddającej się działaniu histaminy. Identyczne stany uczuciowe u tych samych osób wywołane w różnych dniach powodują stale wystąpienie tych samych zmian.

Nr. 40. — 1931 r.

Kowarski: *Mikrometoda oznaczania szybkości opadania krwinek.* Wartości uzyskane zgodne są z uzyskiwanemi met. Westergreena. Polega na użyciu mieszaniny krwi z cytrynianem sodu w stosunku 2,5:1. Nadaje się do zastosowania w tych przypadkach, w których nakłucie żyły nie jest możliwe, n. p. u małych dzieci lub u osób otyłych. W tych przypadkach można posłużyć się krwią dobytą z nakłucia opuszki palca.

Rosenblüth u. Wassermann: *Oddychanie Cheyne-Stokesa u chorych z zaburzeniami krążenia.* Badano zwłoki 12 chorych z cierpieniami układu krążenia, u których wystąpiło oddychanie Ch.-St., przyczem szczególnie dokładnie badano naczynia w rdzeniu przedłużonym. Tylko w jednym przypadku znaleziono nieznaczne zmiany naczyniowe. Nie można przyjąć, by istniał związek między miejscowemi zmianami naczyniowemi w rdzeniu przedłużonym, a typem oddychania.

Hajos: *Etjologja i terapja dychawicy oskrzelowej.* Na podstawie wywiadów ustalono u 112 chorych na 183 możliwość pochodzenia zakaźnego sprawy. Wprawdzie przy wystąpieniu napadów gra rolę przedewszystkiem pewna określona dyspozycja, jednakowoż momentem wywołującym jest często ostra sprawa zakaźna dróg oddechowych; sprawy zakaźne torują drogę uczuleniu innemi alergenami. Autowakcynoterapja, możliwie wszystkiemi dostępnemi drobnoustrojami, daje dobre wyniki; jedynem przeciwwskazaniem jest gruźlica w stanie utajenia, czy też czynna.

Nr. 41. — 1931 r.

v. Hoesslin: *Małe serce astmatyków.* U większości asmatyków i chorych, cierpiących na przewlekły nieżyt oskrzeli stwierdza się uderzająco małe serce. Opracowano statystycznie 27 przypadków z pośród przebadanych chorych, zestawiając porównawczo ich wzrost, wagę ciała i wielkość serca oraz ustawienie przepony. Okazuje się, że małe serce jest u nich objawem ogólnej hipoplazji. Także i na psychastenję asmatyków można patrzeć jako na uwarunkowaną już w zawiązku wzmożoną pobudliwość.

Karasiński (Kraków).

Nr. 48.

J. Abelin: *Zagadnienia z fizjologji tarczycy.* Przeważna część prac dotychczasowych z zakresu fizjologji tarczycy dotyczy poznania działania poszczególnych substancyj, otrzymywanych z tarczycy, szczególnie ich wpływu na przemianę materji i na bardziej ogólne procesy życiowe. Autor zajmuje się pytaniem, co właściwie działa w gruczole tarczowym i, jak działa. Prace lat ostatnich coraz bardziej rzucają światło na sposób związania jodu w tarczycy. Jodotyrozyna Baumanna zawiera 10 do 15% ogólnego jodu tarczycy. Kendallowi udało się otrzymać dwie frakcje jodowe, jedna z nich jest w kwasach nierozpuszczalna i przy odpowiedniem obrabianiu tworzy tyrotoksynę, druga frakcja jest rozpuszczalna w kwasach. Kendall i Simonsen przytaczają przykłady istnienia tarczyc, niezawierających tyrotoksyny. Stwierdzono, że frakcja jodu, rozpuszczalna w kwasach, składa się wyłącznie z dijodtyrozyny. A zatem tkanki tarczycy miałyby substancję, zawierającą jod i nierozpuszczalną w kwasach (tyrotoksynę) i substancję, zawierającą jod i rozpuszczalną w kwasach, (dijodtyrozynę). Zarówno komórka roślinna, jak zwierzęca, może w sobie magazynować jod anorganiczny w postaci dijodtyrozyny. Ważnem jest pytanie, dotyczące znaczenia tej substancji w działaniu tarczycy. Wiadomo, że dijodtyrozyna należy do bardzo ważnych substancyj fizjologicznych, a działanie jej ma inny charakter, jak działanie tyrotoksyny lub innych znanych hormonów. Dijodtyrozyna byłaby ciałem uzupełniającem dla tyrotoksyny, ciałem, regulującem jej działanie. Badania eksperymentalne wykazały, że dijodtyrozyna znacznie osłabia działanie tyrotoksyny. Zarówno przemiana podstawowa, jak objawy zatrucia znacznie się zmniejszają. Według badań Morawitza i Kemmerella, dijodtyrozyna działa bardzo dobrze w chorobie Basedowa, m. i. obniża częstość tętna i powoduje ogólne polepszenie, szczególnie, jeżeli jej podawanie połączy się z odpowiedniem żywieniem. Obserwacja stanów z hipertyreozą przemawia istotnie za pewną korelacją działania tyroksyny i dijodtyrozyny. Tarczyca, znajdująca się w stanie nadmiernej czynności *(hyperfunctio),* dotknięta jest brakiem dijodtyrozyny. Przeciwieństwem stanu zasobnego w jod i koloidy jest wól hipotyreotyczny, w którym jod jest niejako przesunięty w kierunku dijodtyrozyny. Można dziś powiedzieć, że odtruwanie z tyreotoksyny przez dijodtyrozynę nie musi się odbywać przy obecności tarczycy, gdyż dijodtyrozyna może się tworzyć także w narządach innych. Z tego wynikałoby, że miejscowe działanie tyrotoksyny mogłoby być regulowane przez narządy, w różnym stopniu zasobne w dijodtyrozynę.

Badania wskazują, że ustrój posiada pewien stopień obrony i oporności na działanie naturalnej wydzieliny tarczycy, natomiast przez tyrotoksynę oporność ustroju na zatrucie tarczycowe zmniejsza się. Co się tyczy sposobu działania i warunków, wśród których działa hormon tarczycy, to według nowszych zapatrywań, istnieje proporcjonalny stosunek między tyrotoksyną, a podstawową przemianą.

Jeżeli chodzi o odtruwanie ustroju z hormonu tarczycy, to należy podnieść, że u niektórych ludzi i zwierząt (psy) można wprowadzić bardzo znaczne ilości substancji tarczycy bez widocznego następstwa; a w każdym razie zwykle występują one dopiero w pewien czas po wprowadzeniu substancji tarczycy. Autor utrzymuje na podstawie swych doświadczeń, że odtruwanie ustroju z nadmiaru hormonu tarczycy odbywa się dzięki narządom gruczołowym, przedewszystkiem wątrobie, a stąd, po przerobieniu, zostaje odnośna substancja wydalona przez żółć do jelit. Także krew ma znaczenie poważne w przerabianiu hormonu tarczycy. Znaczenie innych narządów wkrewnych jest niewątpliwie wielkie, ale dotąd — niestety — mało poznane. Wzajemne stosunki między komórkami a hormonem tarczycy mają wysokie znaczenie lecznicze, jeżeli uwzględnimy, że antytarczycowe działanie można podnieść na drodze eksperymentalnej. Rozchodzi się tu o podniesienie siły obronnej komórek, a można to uczynić przez odpowiedni sposób żywienia. W przypadku eksperymentalnej hipertyreozy ustaje znacznie obniżona zdolność obronna komórek ustroju i narządów gruczołowych, szczególnie wątroby. A więc na drodze dietetycznej należy ją podnieść.

Nowicki (Lwów).

Medizinische Klinik.

Nr. 21. — 1931.

L. Asher: *Czynność tarczycy i jej znaczenie w innych czynnościach organizmu.* Autor omawia wpływ tyroksyny na różne czynności fizjologiczne ustroju. Powszechnie znany jest jej wpływ na przemianę gazową: zwierzęta, którym podawano tarczycę, zamknięte w komorach z nadciśnieniem tlenowem, albo obniżonem ciśnieniem tlenowem, wykazują objawy, mogące doprowadzić do śmierci ustroju, podczas gdy pozbawione tarczycy lub o prawidłowej czynności zachowują się normalnie. Badając zużycie tlenu poszczególnych organów okazuje się, że jest ono większe u zwierząt karmionych tarczycą. U zwierząt, u których żerność fagocytów jest wielkością stałą w warunkach prawidłowych, po wycięciu tarczycy żerność znacznie się obniża. Za pośrednictwem układu nerwowego działa tyroksyna na wszystkie komórki ustroju, tak n. p. na mięsień sercowy wpływ ten silnie się uwidacznia. Również ma tyroksyna wpływ na wzrost: wykazano na królikach, że wycięta sierść na skórze normalnego króla szybciej odrasta, niż u pozbawionego tarczycy. Wybitny jej wpływ zaznacza się na układ współczulny, co uwidacznia się na zaburzonej czynności wazomotorów w przypadkach nadczynności tarczycy. Na przemianę wodną działa między innemi przez zwiększenie diurezy, co jest wynikiem wzmożonej przemiany materji. Tarczyca niejako zajmuje odrębne stanowisko między gr. dokrewnemi. Pośrednio przez układ współczulny działa pobudzająco na korę nadnercza. U zwierząt pozbawionych tarczycy ilość adrenaliny we krwi jest mniejsza. Istnieje synergizm z przednim płatem przysadki mózgowej i w razie wypadnięcia czynności, wzajemna zastępczość. W stosunku do przemiany materji istnieje współdziałanie z grasicą, natomiast w przemianie węglowodanowej pozostaje w antagonizmie z trzustką. U zwierząt tyroksynowanych ośrodek oddechowy staje się wybitnie wrażliwy. Istnieje związek synergistyczny tarczycy i szpiku kostnego, mianowicie tyroksyna ma działać pobudzająco w kierunku tworzenia c. białych.

A. Mayer: *Gruźlica a ciąża. Dyskusja.* W wskazaniach do przerwania ciąży jest wstrzemięźliwy. Wychodzi z założenia, że tylko gruźlica czynna jest wskazaniem do przerwania. Tam, gdzie internista daje wskazanie do przerwania, to mimo, że ginekologowi zmiany płucne, które on znajduje, nie wydają się zbyt poważne, to jednak nie powinien brać na siebie odpowiedzialności i ciążę przerwać. Następnie omawia sposoby przerwania ciąży.

A. Sylla: *Kiła i gruźlica prosówkowa ogólna.* Opisuje przypadek kiły, kończącej się t. b. c. prosówkową. Istniał tętniak aorty, na tle kiły, następowo wytworzył się zakrzep w *a. carotis com.*, który spowodował zatorowe rozmiękczenie lew. zakrętu centralnego, w następstwie powstało połowicze porażenie. Zejście spowodowała *t. b. c. miliaris,* rozsiana z ogniska nieczynnego.

F. Loben: *Zasadnicze postacie rentgenologiczne t. b. c. płuc, ich rozpoznawanie różniczkowe z uwzględnieniem nowych badań klinicznych i anatomopatologicznych.* Autor dzieli te zmiany na trzy postacie: 1) procesy naciekowe ograniczone, ich następstwa, względnie ich zejścia; 2) postacie rozsiane, 3) a) postać *ulceroso-nodosa;* b) postać pasmowato-włóknista wzgl. wytwórcza. Omawia obrazy rentgenologiczne każdej z tych postaci, porównując je z wynikami sekcyjnemi.

E. Kohn: *Objawowa trombopenja przy złośliwych nowotworach szpiku kostnego.* Autor opisuje dwa przypadki znacznej trombopenji z objawami skazy krwotocznej przy istnieniu nowotworu złośliwego z przerzutami w szpiku kostnym. Objaw ten łączy on z niszczącem działaniem tkanki nowotworowej (megakarjocyty).

E. Singer i A. Woldrich: *Zagadnienie dychawicy bakteryjnej.* Udało się niejednokrotnie wyciągiem z bakteryj odczulić astmatyka. Reakcja Prausnitz-Küstner de Besche polega na wstrzyknięciu doskórnem surowicy astmatyka człowiekowi normalnemu, po 24 godz. wstrzykuje się w to samo miejsce autowakcynę, sporządzoną z bakteryj tegoż osobnika, pobranych z gardła. Jako kontroli używa się wstrzyknięcia autowakcyny na miejsce nieprzygotowane poprzednio.

M. Jeruzalem i A. Urgoiti: *Rozpoznanie i rokowanie gruźlicy chirurgicznej.* Stwierdzanie prątków we krwi, w gruźlicy chirurgicznej ma znaczenie tylko w przypadku wyniku dodatniego i wtedy oznacza proces postępujący.

G. Sepke: *Stosowanie sztucznego górskiego słońca w gruźlicy płuc.* Promienie poza-fjołkowe z lamp kwarcowych działają na skórę, wzmagając jej siły alergiczne, przez rozpad białka w skórze, działając podobnie do proteinoterapji. Autor poleca stosować lampę kwarcową w połączeniu z promieniami cieplnemi, które uzyskuje z solluxa. Za przeciwwskazane do naświetlań uważa postacie wysiękowe t. b. c. płuc, jako te, w których wszelkie podniesienie temperatury nie jest wskazane. Co do postaci innych, należy indywidualizować. Dane statystyczne wykazują stosunkowo nieznaczny procent pogorszeń w postaci krwioplucia, podniesienia temp. i postępowania szybszego procesu rozpadowego w płucach, widocznego w obrazie rentgenologicznym.

J. Sanner: *Wskazania do leczenia złotem t. b. c. płuc.* Sole złota mają działać w identyczny sposób w przebiegu t. b. c. płuc, jak sole metali ciężkich. Mają one działać na aparat siatecz.-śródbł. powodując wzmożenie jego czynności obronnej. Obserwowano cofanie się nacieków wczesnych po wstrzykiwaniu soli złota, również stwierdzano cofanie się procesów włóknisto-guzkowych. Co do gojenia się jam, to widziano je, jednak czy można to łączyć z działaniem soli złota, nie da się rozstrzygnąć.

W. Ekhart: *Reakcja Weltmanna koagulacji surowicy gruźliczej.* Weltmann stwierdził, iż surowica ludzi chorych na gruźlicę podgrzana z dodatkiem soli obojętnych n. p. $CaCl_2$, daje strąty w różnych koncentracjach soli. Normalna surowica daje koagulację przy stężeniu 0,5‰ $CaCl_2$ do 1,0‰. Przy schorzeniach włóknistych następuje rozszerzenie strefy koagulacji, natomiast zwężenie przy istnieniu komponenty wysiękowej.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie.

Sprawozdanie z posiedzenia naukowego z dnia 24. czerwca 1931 r.

Przewodniczący: Wiceprezes Dr. Maciąg.

Protokół z ostatniego posiedzenia naukowego z dnia 17. VI. 31 odczytano i przyjęto.

Przyjęto przez głosowanie kol. Jana Szewczyka i kol. Kolstrunga Stanisława jako członków zwyczajnych Towarzystwa Lekarskiego Krak.

I. Demonstracje chorych z I-szej Kliniki chorób wewnętrznych Uniw. Jag.

1. Kol. Prof. Tempka (autoreferat) przedstawia chorego E. R., którego miał sposobność już dwukrotnie demonstrować w tem Towarzystwie, mianowicie 23. października 1929 (P. G. L. 1930. Nr. 13, str. 262) z rozpoznaniem *Thrombophlebitis venae lien. luetica* oraz 18. czerwca 1930 (P. G. L. 1931. Nr. 3, str. 57) po zupełnem potwierdzeniu tego rozpoznania przy sposobności wykonania splenektomji. Z przyczyn od siebie niezależnych nie mógł wtedy przytoczyć wyników histologicznego badania wyciętej śledziony, co uskutecznia dzisiaj; z protokołu badania histolog., wykonanego przez Dra Ściesińskiego w Zakładzie Anatomji pat. U. J. przytacza następujące szczegóły: „rozpatrując obraz makroskopowy i mikroskopowy badanej śledziony należy podkreślić, że nie znaleźliśmy zmian typowych dla jakiejkolwiek sprawy chorobowej — nie znaleźliśmy żadnych znamion, mogących świadczyć o sprawie swoistej, mianowicie o sprawie gruźliczej, czy też *szczególnie kiłowej*..... Czy w tym przypadku należy zakażenie kiłowe stawiać w bezpośredni związek przyczynowy z powstaniem zakrzepu żyły śledzionowej, nie zdołaliśmy rozstrzygnąć badaniem histolog.... *przyjęciu zaś zmian w samej śledzionie jako następstwa dawnego zakażenia kiłowego sprzeciwia się stwierdzony przez nas obraz makroskopowy i mikroskopowy śledziony*". Jak więc widać badanie histologiczne przemawia w każdym razie przeciw rozpoznaniu prof. Latkowskiego *Splenomegalia luetica in individuo cum lue viscerum* (P. G. L. 1931. Nr. 4, str. 70) przyjmującego na podstawie odczynu Wassermanna kiłę jako przyczynę tak olbrzymiego tumoru śledziony, jaki nigdy nie zachodzi na tem tle. Chorego tego przedstawia dzisiaj prof. T. dla omówienia wyniku leczenia, zastosowanego przez jego klinikę. Przypomina naprzód, że chory ten leczył się poprzednio przez 7½ miesięcy w II. klinice wewn. U. J. i że już w miesiąc po opuszczeniu tej kliniki zgłosił się z bardzo ciężkim krwotokiem z przewodu pokarmowego do I kliniki ch. wewn. U. J. Prof. T. stojąc na stanowisku, że cała ta sprawa jest na tle kiłowem, poddał chorego leczeniu swoistemu, w następstwie czego nastąpiła bardzo znaczna poprawa w obrazie krwi przy doskonałem samopoczuciu; oczywiście tumor śledziony pozostał bez zmiany. Prof. T. przyjmując, mimo tak znacznej poprawy, że jest to tylko stan chwilowy i że w ustroju tkwi nadal źródło krwotoków, z których każdy może być śmiertelny, przesłał chorego na klinikę prof. Glatzla celem splenektomji. Prof. G. przyjął rozpoznanie prof. T. i wykonał wyjęcie śledziony 25. marca 1930, a więc dokładnie przed rokiem i 3 miesiącami. T. demonstrował następnie chorego 18 czerwca 1930, t. j. prawie 3 miesiące po zabiegu. Na zastosowany przez prof. T. zabieg leczniczy nie zgodził się (P. G. L. 1931, Nr. 4, str. 72 i 73), Prof. L. twierdząc, że „wycięcie śledziony jest błędne i przeciwwskazane, a dla chorego szkodliwe".

Jako odpowiedź na zarzuty prof. L. przedstawia T. tego chorego, a właściwie byłego chorego: osobnik tryskający zdrowiem, z doskonałem samopoczuciem, pracujący intenzywnie 10 godzin dziennie; Hb. 85%, Er. 5.64 milj., c. b. 9.800 w obrazie odsetkowym utrzymuje się jeszcze limfocytoza, Wassermann ujemny. Stan ten stwierdza się w rok i 3 miesiące po zabiegu, a więc okres czasu chyba dostateczny, aby wynik dodatni zabiegu uznać za trwały. Zarzut prof. L., że prof. T. nie miał poprzedników, posługujących się splenektomją w leczeniu zakrzepu żyły śledzionowej, zwłaszcza na tle kiłowem, nie wytrzymuje krytyki. Na dowód tego przytacza T. zdania następujących autorów: Dziembowski (Polski przegl. chir. 1925, nr. 4), zaleca tylko postępowanie operacyjne; operował 3 przypadki, 2 chorzy żyją w dobrym stanie, jeden zmarł po zabiegu wskutek posocznicy. Krause (Ther. inn. Krankh. 2. t. str. 237) podnosi, że w szeregu takich przypadków i to na różnem tle, operowano z dobrym wynikiem. Herfarth (Fol. Haem. 1930. t. 41, zesz. 3) stawia za wskazanie do splenektomji ciężkie krwotoki, jak to było właśnie w przypadku T. Eppinger (Hep. lien. Erkrank.) zaleca również splenektomję w ciężkich krwawieniach; operował 4 przypadki, z których tylko jeden zmarł po zabiegu wskutek zapalenia płuc, 3 zaś mają się zupełnie dobrze. Ale i co do przeprowadzenia splenektomji przy zakrzepie żyły śledz. na tle kiłowem, ma prof. T. poprzedników; mianowicie jeden i to właśnie z żyjących przypadków Eppingera dotyczył osobnika kiłowego. Toż samo Rauchenbüchler (Deutsche Ztft. f. Chir. 1926, t. 198) operował z pomyślnym wynikiem chorego, u którego za tło zakrzepu żyły śledz. przyjął z wielkiem prawdopodobieństwem kiłę. Schlesinger (Syphilis und innere Medizin 2. część, str. 210), wreszcie podkreśla trwałe wyleczenie przez splenektomję krwawień w szeregu przypadków zakrzepu żyły śledz., a nadto radzi wziąć ten sposób leczenia w rachubę w takich przypadkach o tle kiłowem, gdzie leczenie swoiste nie może zmniejszyć tumoru śledziony, sam zaś tumor jest tak duży, że sam przez się utrudnia egzystencję choremu, jak to było właśnie w przypadku prof. Tempki.

Jak więc widać, cały szereg autorów i to o najpoważniejszych nazwiskach, uznaje splenektomję jako środek leczniczy w przebiegu zakrzepu żyły śledziony i to również na tle kiłowem. Oczywiście, że na ten ciężki zabieg zgodzimy się dopiero po najdokładniejszej analizie przypadku; takim momentem decydującym w przypadku T. były właśnie ciągle nawracające, groźne krwotoki z przewodu pokarmowego. Dość przytoczyć według autoreferatu kliniki prof. L., że chory ten od stycznia 1928 r. do lipca 1929 r. t. j. w ciągu $1^1/_2$ roku przebył cały szereg niezmiernie ciężkich krwotoków jelitowo-żołądkowych mimo leczenia swoistego, zastosowanego w II klinice ch. wew. Ale gdyby nawet T. nie miał poprzedników na tem polu, to tem bardziej przypadek ten miałby duże praktyczne znaczenie, gdyż dowodzi on, że nawet w tak rozpaczliwych przypadkach krwotoków, nie jesteśmy zupełnie bezradni, gdyż postawiwszy odpowiednie wskazanie lecznicze, możemy choremu dać nietylko życie ale co ważniejsze, zdrowie. Warunkiem nieodzownym jest oczywiście zdobycie się na odpowiednie rozpoznanie.

Prof. T. zaznacza jeszcze, że jak poprzednio, tak samo i teraz najdokładniejsze badanie kliniczne, w tem i badanie rentg., nie stwierdza żadnych zmian w zakresie narządu krążenia, w szczególności żadnej *Lues cardiovascularis,* jak to stwierdził prof. L. (P. G. L. Nr. 4, str. 72).

Ostatecznie stwierdza prof. T., że cała dyskusja, zajmująca niepotrzebnie całe szpalty P. G. L., dała mu najzupełniejsze zadośćuczynienie, albowiem laparotomja potwierdziła w zupełności jego rozpoznanie, a czas potwierdził słuszność jego sposobu leczenia; wobec tego uważa całą tę polemikę, przynajmniej ze swej strony za definitywnie skończoną.

W dyskusji zabiera głos kol. prof. Glatzel, który wykonał zabieg operacyjny u chorego i popiera stanowisko prof. Tempki.

2. Kol. Br. Braun przedstawia przypadek, dotyczący kobiety lat 48, u której wśród dolegliwości natury ogólnej wystąpiły gorączki septyczne dochodzące do 39°. Objektywnie stwierdzono podżółtaczkowe zabarwienie skóry, na migdałkach anginę Plaut-Vincent'a, powiększoną wątrobę i śledzionę. Krew i punktat szpiku kostnego bakterjologicznie ujemne. We krwi obwodowej leukopenja (950 krwinek białych) z granulocytopenją, niedokrwistość wtórna, nadbarwliwa miernego stopnia i zmniejszona ilość płytek. Objaw opaskowy dodatni. Wielce charakterystyczne cechy wykazano w punktacie szpiku kostnego, stwierdzono bowiem aplazję wszystkich układów systemu krwiotwórczego, głównie zaś układu leukoblastycznego. W preparacie w 90% przeważają myeloblasty, wykazujące wyraźne zmiany degeneracyjne. Po dwóch tygodniach obserwacji klinicznej obraz morfologiczny krwi obwodowej pokrywał się zupełnie z opisanym obrazem szpiku kostnego. Ilość krwinek białych wzrosła do 20 tysięcy, ciągle jednak przeważały myeloblasty podobnie jak w szpiku kostnym. Obraz odpowiadał białaczce szpikowej myeloblastycznej. To też w przypadku tym rozpoznano: *Sepsis agranulocytotica cum reactione myeloblastica in descensu morbi.*

Drugi przypadek dotyczy mężczyzny lat 50, u którego rozpoznano niedokrwistość złośliwą o tyle nietypową, że towarzyszyła jej bardzo znaczna leukopenja (600 krwinek białych). W punktacie szpiku kostnego daleko posunięta aplazja wszystkich układów systemu krwiotwórczego w pierwszym rzędzie układu leukoblastycznego. To też rozpoznanie nasze brzmi: *Anaemia perniciosa vertens in aplasia. Wyniki leczenia:* dietą wątrobową i zastrzykami domięśniowemi wyciągów wątrobowych potwierdziło rozpoznanie, oparte głównie na badaniu szpiku kostnego.

II. Demonstracje chorych z oddziału zakaźnego Szpitala św. Łazarza.

3. Kol. Szewczyk przedstawia przypadek *zgorzeli po błonicy.* Z końcem kwietnia przywieziono na oddział I. C. Szpitala św. Łazarza w Krakowie 17 dzieci ze żłóbka, a między niemi A. P. l. $2^1/_2$. Dziecko to było szczepione rok temu anatoksyną błoniczą. Przedtem nie chorowało. Wspomnę, że dziecko to miało stwierdzane równocześnie zmiany bronchopneumoniczne obustronne. W innych narządach zmian nie przedstawiało.

Po 10 dniach przyszło do zmian na rączce lewej, które pragnę bliżej opisać. Właściwie pojawiły się zmiany dwojakiego rodzaju: porażenie nerwu promiennego oraz zmiany w zabarwieniu rączki. Dziecko trzyma rączkę w charakterystycznem ustawieniu, nie wykonuje ruchów czynnych, odruchy zniesione. Równocześnie na grzbiecie rączki i po stronie grzbietnej przedramienia w 1/3 dol. części pojawiły się plamy sinoczerwone, odcinające od otoczenia. Na drugi dzień plamy te rosły powierzchownie i pojawiły się nowe na opuszkach i paznogciach palców, szczególnie od 1—3-go. W następnych dniach zmiany te potęgowały się ilościowo i jakościowo i posuwały się od obwodu ku górze, tak że w dniu 7-mym doszło do zajęcia ręki całej i 1/3 przedramienia. Zmiany te nie przedstawiały się jednakowo, bo na końcach palców barwa sina przeszła w czarną, najsilniej wyrażoną na falangach ostatnich i środkowych. Również po stronie dłoniowej zmiany, dalej posunięte jakościowo, przedstawiają się w postaci ciemno sinego zabarwienia, miejscami nawet czarnego. W 9-tym dniu sprawa posunęła się wyżej do 2/3 przedramienia, gdzie też już się na stałe zatrzymała. Tymczasem zmiany już tylko jakościowe postępują szybko systematycznie. Palce zupełnie czarne, suche, jak i ręka, zwłaszcza po stronie dłoniowej — popękana skóra, a na granicy zatrzymania się zgorzeli wytworzył się naciek wałowaty i zaczerwienienie miejscowe. Przyszło do zapalenia oddzielającego.

W 2 tygodnie od początku oddzielenie się postępuje szybko — powstała szczelina od strony grzbietnołokciowej, skąd za uciskiem wydobywa się ropa.

W 23 dni palce całkowicie czarne suche, podobnie ręka cała, przedramię, szczególnie po brzegach, kończyna chłodna, brak spoistości tkankowej. Jedynie pośrodku przedramienia ciągnie się wąski pas koloru nie czarnego, ale sinego i spoistości zbliżonej do tkankowej.

Na granicy oddzielania szczelina już głęboka, sięgająca do powięzi, wydzielająca w mniejszej ilości płyn ropny, a na brzegu bujna żywa ziarnina. Na tem skończyła się nasza obserwacja, gdyż matka nie zgodziła się na odjęcie rączki i zabrała dziecko do domu. 29. V. udała się jednak na klinikę chirurg. U. J., gdzie rączkę odjęto w miejscu oddzielania się. Przy przyjęciu na klinikę przedstawiała się ona jako głęboka szczelina okrężna, oddzielająca prawie w całości część chorą od zdrowej. Po odjęciu rana goiła się szybko, tak, że obecnie przedstawia już ranę czystą żywo ziarninującą, — zaciągającą się szybko.

Przypadek nasz jest charakterystycznym przykładem zgorzeli po chorobie zakaźnej, w tym wypadku błonicy. Nie znaczy to jednak, by to było specjalnym przywilejem błonicy, jako takiej. Każda choroba zakaźna może dać podobne zmiany i to nawet wiele częściej.

Wiemy, że najczęściej spotykają się te zmiany w przebiegu duru plamistego, następnie brzusznego, grypy, zakażenia połogowego, odry, płonicy i najrzadziej błonicy. Wogóle zdarzają się we wszystkich chorobach zakaźnych, w jednych częściej, w innych rzadko, jako wyraz ciężkiego zatrucia. Zaznaczam, że nie biorę pod uwagę zgorzeli po zatorach w przebiegu chorób zakaźnych, ale tylko te, które są bezpośrednio następstwem ciężkiego uszkodzenia systemu naczyniowego, czy nerwowego. Zgorzel taka nie musi jednak zajmować, jak w naszym przypadku, rączkę, ale może objąć każdą inną część organizmu ludzkiego, jak kończynę dolną, ucho, a nawet wargę dolną, której 3 przypadki zgorzeli w przebiegu duru plamistego opisał Sobieszowski. Eichhorst widział zgorzel nogi i podudzia w szkarlatynie, podobnie jak Escherich, ale u chorego z kiłą. Biegański widział przypadek zgorzeli nogi w du-

rze plamistym. Znane są przypadki zgorzeli w przebiegu odry, przyczem niema reguły, która część ciała ma być zajęta. Dlaczego przychodzi do zgorzeli raz rączki, innym razem nogi, czy ucha, nie wiadomo.

Odgrywają tu rolę jakieś czynniki ułatwiające, prawdopodobnie zewnętrzne. Świadczą o tem obserwacje zgorzeli w przebiegu duru plamistego podczas epidemji w Serbji na jeńcach wojennych, podczas wielkich mrozów i niedożywiania. Jürgens zauważa, że podczas ochłodzenia się, a więc w zimie i wczesną wiosną przypadki są częstsze. Prawdopodobnie chodzi tu o wieloraokść warunków nietylko może zewnętrznych, ale i miejscowych, zależnych od samego organizmu ludzkiego.

Reasumując powyższe powiem, że przypadki zgorzeli po chorobach zakaźnych zdarzają się mniej lub więcej często, że przychodzi tutaj do bezpośredniego wpływu i silnego, często nieodwracalnego uszkodzenia układu krwionośnego i nerwowego, że zgorzel może się usadowić w różnych miejscach ciała ludzkiego, przyczem odgrywają tu pewną rolę warunki zewnętrzne i prawdopodobnie usposobienie miejscowe danej tkanki.

4. Kol. Szewczyk przedstawia chorego M. M., lat 20, z zawodu montera, który został przywieziony na Oddz. I. C. Szpitala św. Łazarza w Krakowie, dnia 15. VI. b. r. z rozpoznaniem nieustalonem.

Dzień przedtem, idąc przez planty, poczuł nagle silne kłucie z przodu klatki piersiowej po str. lewej, tak że musiał usiąść na ławce. Parokrotnie próbował wstać i iść dalej, ale kiedy kłucie wzmagało się, a do tego słabł coraz więcej, tak że był bliski omdlenia, odwieziono go do domu. Zawezwany lekarz odesłał go do szpitala. Od dwóch dni nie pracował z powodu ropowicy ręki prawej. Czasem się zaziębiał w zimie, miewał często katar, a 2 lata temu podczas przeziębienia się odpluł nieco krwi. Poza tem nie chorował. Dziedziczność 0.

Przedmiotowo: Osobnik budowy prawidłowej, odżywienia dobrego, a przechodząc do przedmiotu, stwierdza się po stronie lewej kl. piersiowej nieco większe wypuklenie, aniżeli po stronie prawej, przestrzenie międzyżebrowe wygładzone silniej, a przy oddechaniu ta część kl. piersiowej powłóczy. Opukiem stwierdza się od tyłu i dołu wypuk bębenkowy, wokół wnęki przytłumienie, nad szczytem bębenkowy. Od przodu nad szczytem bębenkowy, tak samo i najsilniej poniżej obojczyka, poniżej i w dole również bębenkowy. W dole granice płuca obniżone o $1^1/_2$ palca w stosunku do strony prawej i nieprzesuwalne oddechowo.

Granicy serca po stronie lewej nie można wypukiem oznaczyć, także oglądaniem uderzenia koniuszkowego po tej stronie nie stwierdza się. Po stronie prawej natomiast wypukiem stwierdza się przytłumienie na 2 palce na prawo od l. przymostkowej prawej, a oglądaniem widoczne lekkie wstrząsanie tuż przy mostku w II przestrzeni międzyżebrowej na prawo. W innych narządach bez zmian. Mocz bez zmian. Temp. 37.2° C.

Dodam jeszcze, że chory kaszle nieco, nieczęsto i odpluwa czasem jasną krwią zmieszaną z plwociną. Równocześnie krwawi nieco z nosa. Na podstawie danych badania przedmiotowego oraz charakterystycznej anamnezy rozpoznaliśmy jeszcze przed prześwietleniem odmę samoistną lewostronną zamkniętą ze znacznem przesunięciem śródpiersia na prawo. Ze względu na to, że przedmiotowo nie stwierdziliśmy zmian, któreby tłumaczyły powstanie odmy u naszego chorego, przyjęliśmy, że mamy do czynienia z odmą u człowieka zdrowego. Zdjęcie Roentgena również nie stwierdziło zmian chorobowych w płucach, prócz rozpoznanej odmy i przesunięcia śródpiersia.

Tak więc mamy przypadek odmy samoistnej i to u człowieka zdrowego. Przypadki te są znane w piśmiennictwie, że wspomnę tylko 2 przypadki notowane zeszłego roku, a mianowicie jeden z Oddz. I. C. Szpitala św. Łazarza, opisany przez kol. Powązkę w Pol. Gaz. Lek.; drugi kol. Brauna opisany w Warsz. Czas. Lek., ale rozpoznany dopiero po prześwietleniu.

Zdarzają się one przy mniejszym lub większym wysiłku fizycznym, ale mogą powstać jak w naszym przypadku i w spokoju. Jak zwykle, tak i u nas powstaje odma po lewej stronie, przyczem nagłe jej powstanie oraz nagła zmiana warunków krążenia i oddechania musiały się objawić wstrząsem, dolegliwościami i krwiopluciem.

Co do etjologji w naszym przypadku, to jest ona ciemna. Żadnych zmian chorobowych ani istniejących, ani też śladów po przebytych nie stwierdzono. Nie widać nawet na zdjęciu jakiegoś zrostu, któryby tłumaczył powstanie odmy u nas, jak w przypadku odmy samoistnej, obserwowanej na tym samym oddziele zeszłego roku. Dlatego też jakbyśmy chcieli wyjaśnić tę kwestję — to moglibyśmy bawić się w dociekania teoretyczne i wybrać sobie dowolnie jedną z teoryj, cytowanych obszernie przez Powązkę w Pol. Gaz. Lek. z roku zeszłego.

W każdym razie dowodu na takie, a nie inne powstanie odmy w naszym przypadku mieć nie będziemy.

W końcu wspomnę, że dobrze pamiętamy o tem, że przypadki odmy samoistnej powstają na tle ciężkich schorzeń tk. płucnej, więc w pierwszym rzędzie gruźlicy, ale musimy także pamiętać, że odma samoistna może powstać i u człowieka zdrowego, wtedy rozpoznanie na podstawie charakterystycznych danych przedmiotowych nie będzie przedstawiało wątpliwości, nawet bez pomocy Roentgena.

III. Demonstracje chorych z Kliniki Laryngologicznej U. J.

5. Kol. Miodoński przedstawia przypadek *twardzieli*. Chory zgłosił się do kliniki z objawami silnej duszności (*stridor in-et expiratorius*, wdech i wydech silnie przedłużone, zaciąganie przestrzeni nadobojczykowych, zaznaczona sinica na kościach rąk i wargach).

W nosie, jamie noso-gardłowej i krtani stwierdzono typowe zmiany twardzielowe, nietłumaczące jednak duszności. *Tracheoscopia superior* wykazała naciek guzowaty w tchawicy (± 3 cm nad klinem podziałowym), zatykający niemal całe światło — pozostała tylko bardzo wąska szczelina przy tylno-lewej ścianie tchawicy. Przy pomocy „Kurety aligatorowej" (t. j. łyżeczki odginającej się na zawiasie) własnej konstrukcji (demonstracja instrumentu), usunięto kilku poruszeniami łyżeczki brodawkowate guzy (demonstracja preparatów), i przywrócono normalną drożność tchawicy. Następnie kol. Miodoński omawia zagadnienie tracheoskopji dolnej i górnej przy zmianach twardzielowych w tchawicy i oskrzelach i podkreśla, że przedstawiony instrument (dwie wielkości łyżeczek) ułatwia znacznie doraźne opanowanie tych zmian *via tracheoscopia superior*.

IV. Demonstracje chorych z Kliniki Dermatologicznej U. J.

6. Kol. H. Reiss: Przedstawia chorego 41-letniego, z zawodu urzędnika. Zmiana chorobowa pojawiła się na brodzie przed 7 tygodniami. Obecnie widzimy na skórze pod wargą dolną owrzodzenie wielkości złotówki, okrągłe, o brzegach zaczerwienionych. Powierzchnia owrzodzenia pokryta lepką, lśniącą wydzieliną. W wydzielinie tej stwierdziliśmy obecność krętków bladych, co potwierdziło nam nasze rozpoznanie kliniczne: *Sclerosis initialis*. Widać obecnie tendencję owrzodzenia do gojenia się; również gruczoły limfatyczne podszczękowe zmniejszyły się. Tydzień temu było owrzodzenie głębsze, a na jego dnie tkwiły resztki tkanki martwiczej. Przed 10 dniami pojawiła się na tułowiu i kończynach chorego świeża osutka plamista (możliwe, że jako odczyn pod wpływem 1-szego wstrzyknięcia *Cardylu*), która utrzymywała się przez tydzień. Leczenie dotychczasowe: 4 wstrzyknięcia *Cardylu* (*bismuthum campho-carbonicum*, wyrobu Spiessa). Przetwór ten wstrzykujemy choremu co 2 dni.

Sekretarz doroczny: *Dr. St. Roman.*

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

XXVII. posiedzenie naukowe, odbyte dnia 13. listopada 1931.

Przewodniczący: Kol. S. Ruff.

1. Odczytanie protokołu z ostatniego posiedzenia.

2. Kol. K. Szumowski przedstawia a) *Trzy przypadki obcych ciał (pestek od dyni), wydobytych z tchawicy i oskrzeli:*

1) Chłopiec, lat 9, przed 12 godzinami zakrztusił się pestką od dyni, która wpadła mu do tchawicy. Po zakrztuszeniu się nastąpił kaszel, który wkrótce ustał. Dziecko zjadło kolację i położyło się spać. Po godzinnym śnie, chłopiec zbudził się wśród silnego kaszlu. Wezwany laryngolog rozpoznał błonicę. Kaszel dziecka utrzymał się, wezwany drugi laryngolog próbował przepchnąć sondą obce ciało do żołądka. Nad ranem dziecko przewieziono do kliniki z objawami wyraźnej sinicy i z łatwą pobudliwością do kaszlu, przypominającego kaszel błoniczy z silnym świstem krtaniowym (*stridor*) oraz dusznością. Natychmiast przystąpiono w narkozie eterowej do górnej bronchoskopji, używając w tym celu rury Brüningsa Nr. 5. W czasie zabiegu stwierdzono obrażenia w okolicy nagłośni, struny rzekomej lewej oraz wałowaty, żywo czerwony, obrzęk okolicy podgłośniowej. Po przejściu rurą przez głośnię i obrzęk podgłośniowy, stwierdzono pestkę od dyni, tkwiącą w prawem oskrzelu poprzecznie. Przy pomocy tępych szczypczyków wydobyto ją wraz z rurą nazewnątrz. Po zabiegu bezpośrednio chłopiec oddechał swobodnie. W godzinę wystąpiła silna duszność tak, że musiano wykonać tracheotomję. Wałowaty obrzęk podwiązadłowy utrzymywał się przez 2 tygodnie, stopniowo się zmniejszając, przyczem ciepłota dochodziła najwyżej do 37,2. Po 3 tygodniach krtań wróciła do normy, rurkę tracheotomijną usunięto. Dalszy przebieg prawidłowy.

2) Dziewczynka, 19 miesięcy, zachłysnęła się pestką od dyni, którą znalazła na podłodze i chciała zjeść. Dostała silnej duszności, sinicy na twarzy, nie wymiotowała. Lekarz miejscowy sondował przełyk, orzekł, że dziecku nic nie brakuje i polecił dziecku podawanie w dużej ilości ziemniaków oraz pokarmów papkowatych celem przepchania obcego ciała do żołądka. Na drugi dzień stan dziecka się pogarszał, prześwietlenie rentgenowskie w Kasie Chorych niczego nie wykazało, jednakże wobec utrzymującej się duszności skierowano na trzeci dzień dziecko do kliniki, gdzie stwierdzono, iż dziecko bardzo ciężko oddycha, jest sine, a oddechy krótkie i ciężkie. Silny *stridor* przy wdechu i wydechu. Opukowo bez zmian, przysłuchowo liczne świsty, furczenia i grubobańkowe rzężenia po obu stronach. Natychmiast przystąpiono do wykonania dolnej tracheotomji. Po szerokiem, podłużnem rozcięciu tchawicy wprowadzono pod kontrolą wzroku rurę tracheoskopijną nr. 4., poczem zaraz dziecko zakaszlało i samoistnie wykrztusiło pestkę na podłogę. Stwierdzono silne przekrwienie i rozpulchnienie błony śluzowej tchawicy. Wobec znacznego rozcięcia tchawicy, założono rurkę tracheotomijną nr. 3, którą po 5 dniach usunięto. Dziecko przez 2 dni gorączkowało do 37,9, następnie ciepłotę miało prawidłową. Dalszy przebieg prawidłowy.

3) Chłopiec, lat 9, trzymając pestkę od dyni w ustach, chciał przywiązać psa na sznurku. Nagle zachłysnął się i pestka nierozgryziona wpadła do tchawicy. Dziecko zaczęło się dusić, wystąpiła chrypka oraz wymioty. Miejscowy lekarz wstrzyknął dziecku surowicę przeciwbłoniczą i odesłał do domu. Na drugi dzień stan dziecka gorszy, odesłano je do Łucka i umieszczono w szpitalu zakaźnym, gdzie trzymano przez 3 dni. Stan dziecka nie poprawiał się, przeciwnie pogarszał się, dziecko przez cały czas silnie kaszlało, charczało i dusiło się. Na 4-ty dzień konsylium lekarskie zdecydowało się dziecko odesłać do Lwowa do Kliniki, gdzie stwierdzono co następuje: dziecko sine, ciepłota 37,2°, silny *stridor*, oddech chrapliwy, łatwa pobudliwość do kaszlu, głos czysty. W narkozie eterowej wykonano górną bronchoskopję zapomocą rury Brüningsa nr. 4. Krtań nieco obrzękła, po kilku próbach, utrudnionych obfitem wydzielaniem śliny i śluzu przez dziecko, udało się wprowadzić do tchawicy rurę, przyczem stwierdzono błonę śluzową rozpulchnioną i pokrytą wydzieliną śluzowo-ropną. W chwili zobaczenia *carina* stwierdzono pestkę od dyni, tkwiącą w prawem oskrzelu, która przy gwałtowniejszym wydechu wyskoczyła z oskrzela i ustawiła się tuż pod rurą tchawicy pionowo. Uchwycono pestkę tępemi szczypczykami i wraz z rurą wydobyto nazewnątrz. Po zabiegu dziecko oddechało dobrze, wieczorem ciepłota 37,5°, na drugi dzień stan zupełnie prawidłowy.

b) *Trzy przypadki obcych ciał w przełyku w postaci ostrych, małych kości, dających obrażenia ścian przełyku.*

1) Kobieta lat 64, przed 3 dniami w czasie obiadu chciała zjeść bułkę, zamaczaną w sosie z kurczęcia, rozmawiając równocześnie ze służącą. Połknęła kęs tej bułki, poczem uczuła silne kłucie, mimo wyplucia kęsu, kłucie nie ustawało. Udała się do miejscowego lekarza, który po zbadaniu oświadczył, że nic niema; na drugi dzień kłucie utrzymywało się, wystąpił ból i niemożność połykania. Drugi lekarz odesłał ją do Lwowa. Tu stwierdzono przy badaniu lusterkiem krtaniowem obrzęk chrząstek nalewkowych oraz wejścia do przełyku, ciepłota 38,1. Chora nie może połykać nawet pokarmów płynnych, odczuwa silny ból samoistny oraz przy obmacywaniu szyi i okolicy wejścia do przełyku. Wykonano ezofagoskopję przy pomocy rury nr. 2. Zaraz po wejściu poza chrząstki nalewkowe, nieco obrzękłe, wylała się spora ilość ropy gęstej. Po jej oczyszczeniu, zanemizowaniu obrzękłej i zaczerwienionej śluzówki przełyku przy pomocy kokainy i adrenaliny, zobaczono ciemną kostkę podłużną, wbitą i wklinowaną w górnej cieśni ukośnie od przodu i strony lewej ku tyłowi i stronie prawej. Przy pomocy tępych szczypczyków wydobyto ją nazewnątrz. Po zabiegu stan chorej dobry, najwyższa ciepłota 37,1, stopniowo połykanie poprawia się.

2) Kobieta lat 48, przed 2 dniami połknęła w czasie obiadu ostrą kostkę, która utkwiła jej w przełyku. Z powodu niemożności połykania i bólu zgłosiła się do rentgenologa, który na zdjęciu wykazał kostkę, wbitą w górnej cieśni przełyku. Ezofagoskopja wykazała kostkę, wbitą w tylną ścianę przełyku, przyczem błona śluzowa tej okolicy była rozpulchniona i obrzękła. Po wydobyciu kości, stan chorej zupełnie dobry.

3) Kobieta lat 47, w wywiadach podaje, że przed 2 godzinami w czasie obiadu, jedząc rosół, połknęła kość. Obecnie czuje kłucie przy ruchu połykowym w górnej części przełyku. Ze względu na późną porę zrezygnowano z Roentgena i po oglądnięciu krtani lusterkiem, przystąpiono do znieczulenia w celu wykonania ezofagoskopji. W czasie znieczulenia chora kilkakrotnie wymiotowała i wraz z wymiocinami wydostała się kość na zewnątrz. Kość długa ok. 4 cm o ostrych końcach. Nazajutrz wystąpił obrzęk górnej części przełyku i chora zagorączkowała. Dano zastrzyk omnadyny, okłady na szyję. Stan taki utrzymywał się przez 4 dni, dopiero 5-tego dnia nastąpiło polepszenie.

W dyskusji Kol. F e l s podnosi, iż w przypadkach tego rodzaju zwłaszcza jeżeli chodzi o dzieci, wywiady są ujemne. W każdym przypadku z objawami dławca myśleć należy także o ciele obcem w tchawicy.

3. Kol. T. Z a l e w s k i wygłosił wykład p. t.: *Prąd diatermiczny i jego znaczenie w rozpoznawaniu ostrych spraw zapalnych wyrostka sutkowego.* Rozpoznanie zmian chorobowych w wyrostku sutkowym natrafia na duże trudności, o ile zmiany te nie dają zewnętrznych objawów, które bądź dotykiem, bądź wzrokiem ocenić możemy. Z tego też powodu nieraz natrafiamy na trudności w oznaczeniu czasu zabiegu operacyjnego. Oddawna czujemy niedostateczność naszych środków diagnostycznych. Nie ulega wątpliwości, że rentgenografja w wielu przypadkach ułatwia nam rozpoznanie co do wielkości zmian w wyrostku sutkowym, nie jesteśmy jednak w możności oznaczyć cyfrowo wielkość zmian chorobowych. Przed kilku laty podałem sposób ilościowego oznaczenia przewodnictwa ciepła. Badania z prądem diatermicznym wykazały, że zapomocą prądu diatermicznego można oznaczyć cyfrowo zmiany w wyrostku sutkowym. Jeżeli pod barki damy dużą elektrodę ołowianą, a drugą elektrodę małą umieścimy na wyrostku sutkowym, to przy przepuszczaniu prądu diatermicznego 400—420 miliamperów nastąpi podwyższenie ciepłoty w zewnętrznym przewodzie słuchowym, które będzie większe lub mniejsze, zależnie od zmian w wyrostku, zależnie od zmian w oporze, jakie w danym przypadku okazuje utkanie wyrostka sutkowego. Tym sposobem rentgenografja, próba cieplna i próba diatermiczna uzupełniają szereg dotąd znanych objawów w przebiegu ostrego zapalenia wyrostka sutkowego.

W dyskusji Kol. H i l a r o w i c z wspomina o zmianach chemiczno-fizykalnych, zachodzących w ognisku zapalnem i jego otoczeniu.

Kol. S o n n e n s c h e i n (gość) zaznacza, że omawiana próba Kol. Z a l e w s k i e g o w praktyce może mieć znaczenie bardzo małe z powodu trudności technicznych i ponieważ często w przypadku ostrego zapalenia wyrostka czekać nie można.

Ponadto przemawiał Kol. P i s e k.

Kol. Z a l e w s k i stwierdza, że po pierwsze zarzut kol. S o n n e n s c h e i n a zupełnie nie umniejsza wartości podanej przez niego próby, po drugie, że trudności techniczne niewątpliwie wobec obecnego rozwoju techniki, w najbliższym czasie nie będą stanowiły przeszkody.

4. Kol. K u h l wygłosił wykład p. t. *Kilka doświadczeń praktycznego zastosowania insuliny w leczeniu choroby Basedowa.* (Przeznaczone do druku w Pol. Gaz. Lek.).

W dyskusji przemawiał Kol. D ą b r o w s k i.

XXVIII. p o s i e d z e n i e n a u k o w e odbyte dn. 20 listopada 1931.

Przewodniczący: Kol. S. R u f f.

Na wstępie zawiadamia Kol. Przewodniczący o zaproszeniu członków Twa do jak najliczniejszego wzięcia udziału w kursie ratownictwa przeciwgazowego, urządzonym przez Okręgowy Związek Kas Chorych i Polski Czerwony Krzyż.

Kol. K r z e m i c k i zawiadamia o otwarciu czytelni z czasopismami z dziedziny medycyny wewnętrznej i neurologji, mieszczącej się w domu Polikliniki w parterze.

1. Odczytanie protokołu z poprzedniego posiedzenia.

2. Kol. M ą c z e w s k i wygłosił wykład p. t.: *Rola cięcia cesarskiego w położnictwie doby obecnej.*

W dyskusji Kol. B o c h e ń s k i podnosi, iż mimo coraz liberalniejszych wskazań do cięcia cesarskiego tak w interesie matki, jako też i w interesie dziecka, stanowisko zachowawcze w położnictwie zachowuje nadal swoje słuszne znaczenie, a wartość cięcia cesarskiego tkwi w tem, że pozwala nam ono czekać jak najdłużej.

3. Kol. C z e r n e c k i wygłosił wykład p. t.: *Przyczynek do etjologji spondyloz.* (Przeznaczone do druku w Pol. Gaz. Lek.).

W dyskusji Kol. P i s e k zwraca uwagę na 2 szczegóły: 1. Mimo tak bardzo rozpowszechnionej gruźlicy płuc, zwłaszcza rozpadowej, dającej przecież przerzuty prawie do wszystkich narządów, uderza nas w praktyce stosunkowo nie często napotykana gruźlica przerzutowa kręgów. W skali przerzutów znajduje się kręgosłup dopiero w dalszym rzędzie. 2. Przewlekłe sprawy zapalne kręgów lędźwiowych dają nieraz powód do pomyłek rozpoznawczych; występują zwłaszcza wśród przypadków bardzo przypominających napady kolki żółciowej wzgl. wątrobowej, nieraz dopiero po miesiącach sprawa staje się jasną.

Kol. Węgrzynowski zwraca uwagę, że w przypadkach gruźlicy płuc nie tak rzadko kręgosłup jest dotknięty schorzeniem, omawianem przez prelegenta.

Kol. Stauber zwraca uwagę, iż według nowszych doniesień z literatury niemieckiej Loewenstein także z krwi chorych dotkniętych rozsianem stwardnieniem wydohodawł prątki Kocha.

Sekretarz doroczny: *A. Falkiewicz.*

LISTY DO REDAKCJI.

Drugi list do Redakcji.

Taki tytuł daję mojej dzisiejszej korespondencji, która została spowodowaną przez list kol. Br. Kiełczyńskiego, ogłoszony w 3 n-rze Polsk. Gaz. Lek. p. t. Dlaczego milczymy?

Istotnie my lekarze milczymy, gdy jeden z naszych kolegów Boy-Żeleński, jedyny w Polsce, zabrał decydujący głos w niesłychanie palącej kwestji świadomego macierzyństwa i gdy jednocześnie rozważane są niesłychanie ważne pytania ustawodawcze w sprawie ślubów cywilnych i niekaralności zapobiegania ciąży.

Sprawy te powinnyby istotnie silniej być poruszane przez lekarzy, którzy przecież z natury swego zawodu widzą codziennie, jak bardzo są skomplikowane warunki życia i jak cierpi na tem całe społeczeństwo, gdy jedna jego połowa, t. j. kobieta jest narażoną na ponoszenie niejednokrotnie całego ciężaru tego splotu warunków społecznych, jakie nakłada na nią nieuregulowane i niedostosowane do nowoczesnych wymagań ustawodawstwo.

Niemniej cierpi na tem jednak często i ta druga połowa t. j. mężczyzna, który jako mąż i ojciec nie widzi wyjścia z położenia, w jakie został wtrącony przez naturalne zupełnie dążenie do stworzenia ogniska domowego, które inaczej wygląda w praktyce, niż on to sobie wystawiał w idyllicznych marzeniach.

Nieuświadomienie sobie tego wszystkiego, co z tego wynika codziennie, musi prowadzić do kłamstwa osobistego i społecznego, oszukiwania siebie i innych i idącego za tem stopniowego zaniku etyki, która staje się coraz bardziej elastyczną.

Zaprzeczyć nie można, że stanowisko każdego myślącego człowieka nasuwa mu tysiączne sprzeczności, wynikające z panujących praw i zwyczajów zastarzałych i z życiem niezgodnych, tak dalece jednak w umysłach zagnieżdżonych i z dotychczasowym sposobem postępowania zrośniętych, że trzeba dużo wytrwałej pracy, ażeby ten kamień przesądu odwalić i ludzi na nowe tory myślenia sprowadzić.

Nie można zapominać i o tem, że wszelkie nowe poczynania nie zawsze odrazu idą drogą właściwą, że muszą się znaleść pewne błędy i niedociągnięcia, które dadzą broń do ręki przeciwnikom reformy społecznej.

Tem niemniej lekarze powinni jak najwięcej i jak najobszerniej zabierać głos w omawianych sprawach, jest to bowiem ich najważniejszym obowiązkiem społecznym, do którego przygotowały ich naukowe studja i życie samo wśród codziennych zmagań z nieprzepartem dążeniem do koniecznych reform.

O. Bujwid.

Królewska Huta, 13 stycznia 1932 r.

Szanowny Panie Redaktorze!

Zauważyłem od niejakiegoś czasu, że zamiast „spisu leków" na łamach prasy społeczno-lekarskiej wprowadzono świeży wyraz: „lekospis". Dziwnie słuch mój nie może się jakoś przyzwyczaić do tego, że tak powiem, dziwoląga językowego. Został on widocznie stworzony według analogji z „jadłospisem" który prawdopodobnie pochodzi od jakiegoś mistrza sztuki kulinarnej. A może poprostu ów „lekospis" jest tłumaczeniem z niemieckiego języka, który, jak wiadomo lubuje się w tworzeniu jednowyrazowych słów z kilku. To się zgadza z duchem języka niemieckiego, ale w języku polskim literackim takie twory są prawie nieznane. I dlaczegoż po polsku ma być źle, jeśli się zawsze mówiło i pisało: „spis jadła lub potraw, spis leków lub lekarstw, spis rzeczy, inwentarza, ludności i t. d. i t. d.". A za to ma być miłym dla ucha polskiego jakiś „jadłospis", a jeszcze bardziej prawdziwie komicznie brzmiący „lekospis". W ten sposób powinniśmy wkrótce zacząć mówić i pisać: „rzeczospis, inwentarzospis, ludnościospis" i tem podobnie kaleczyć nasz język.

Mnie się wydaje, że przed wprowadzeniem do słownictwa jakiegoś nieznanego wyrazu należałoby przedtem zasięgnąć zdania naszych wybitnych lingwistów, czy dany wyraz nadaje się do użytku. Prawie przekonany jestem, że co do „lekospisu" opinja wypadłaby ujemnie, gdyż jest to wyraz dla ucha polskiego nader niemiły.

Proszę przyjąć wyrazy mego głębokiego szacunku i poważnia

Dr. A. Sianowski.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbyło się we wtorek dn. 26 stycznia 1932 r. o godz. 8-ej wiecz. Na porządku dziennym: 1. Węgierko J.: Badania nad żółcią wątrobową: samoistne wydzielanie żółci wątrobowej u psów i człowieka (z pokazem operowanych psów). 2. Zawadowski W.: Radjodjagnostyka nowotworów płuc oraz kilka uwag o radjoterapji.

Polskie Towarzystwo Otolaryngologiczne. Posiedzenie naukowe Polskiego Towarzystwa Oto-Laryngologicznego odbyło się w czwartek, dnia 28 stycznia b. r. o godz. 8-ej wiecz. w Zakładzie Leczniczym dr. Czarneckiego, Zgoda 8. Porządek dzienny: 1. Demonstracje chorych. 2. Odczytanie protokołu poprzedniego posiedzenia. 3. B. Joz: Pokaz rentgenogramów narządu słuchu. 4. Wolne wnioski.

Polskie Lekarskie Towarzystwo Radjologiczne. Kurs teorji i praktyki z dziedziny radjologji, urządzony przez P. L. T. R. odbędzie się w Warszawie w czasie od dn. 20. VI. do dn. 9. VII. 1932 r. Bliższych informacyj udziela sekretarz P. L. T. R. dr. B. Kryński, Zielna 11, tel. 675—78.

Polskie Lekarskie Towarzystwo Radjologiczne. III. Zjazd P. L. T. R. odbędzie się dn. 4—5 V. r. b. w Warszawie. Tematy główne: 1) Stosunek obrazu radjologicznego do obrazu klinicznego w gruźlicy płuc. 2) Mięsaki kostne w obrazie radjologicznym. 3) Promieniolecznictwo gruźlicy. 4) Radioterapia chorób nerwowych. Uprasza się o zgłaszanie tematów łączących się z tematami głównemi, lub też z tematów dowolnych do dn. 15. III. na ręce dr. B. Kryńskiego.

Polskie Lekarskie Towarzystwo Radjologiczne. LV posiedzenie naukowe Warszawskiego Koła Radjologów odbędzie się dnia 12 lutego (w piątek) o godz. 8,15 wieczorem punktualnie w sali Zakładu Fizjologji Uniwersytetu, Krakowskie Przedmieście 26. Porządek dzienny: 1. Doc. Dr. Sołtan: O promieniowaniu rozproszonem i zjawisku Comptona. 2. Dr. K. Szlenkier: O metalografji. 3. Inż. A. Kruze: O wpływie wentylówek na wydajność promieniowania lamp terapeutycznych w aparatach kondensatorowych. 4. Inż. T. Skrzywan: a) Licznik miliamperosekund o budowie elektromagnetycznej, b) Licznik miliamperosekund o budowie elektrolitycznej, c) Zegar do odmierzania krótkoczasowych naświetlań o budowie elektrostatycznej. 5. W. Zawadowski: O pomiarach ognisk lamp diagnostycznych.

Lwów.

Polski Kalendarz Lekarski na rok 1932. Nakładem Księgarni Nowości we Lwowie opuścił świeżo prasę nowy rocznik tego wydawnictwa, który w formie przejrzystej, a przystępnej zawiera wiele praktycznych wskazówek dla lekarza i dlatego może oddawać bardzo cenne usługi tym lekarzom, którzy w nawale pracy zawodowej nie mają wiele czasu na to, by zagłębiać się w obszerniejszych dziełach dla znalezienia rozstrzygnięcia w pewnych, nagłych momentach ich praktyki lekarskiej.

Sekcja Walki z gruźlicą zwierząt domowych przy Towarzystwie Walki z Gruźlicą we Lwowie. Na walnem zgromadzeniu Towarzystwa Walki z Gruźlicą, odbytem dnia 16 listopada r. 1931, uchwalono założyć w łonie Towarzystwa sekcję walki z gruźlicą zwierząt domowych pod kierownictwem prof. Dra. Trawińskiego. Pierwsze posiedzenie informacyjne nowo powstałej jedynej w Polsce tego rodzaju sekcji odbyło się dnia 25 listopada przy współudziale Dra Węgrzynowskiego i lekarzy weterynaryjnych Dra Trawińskiego, Mgleja, Maternowskiej, Kwiatkowskiego, Karneckiego, Koczorowskiego, Falka. W obszernej dyskusji omówiono program sekcji, polegający w pierwszym rzędzie na propagandzie gruźlicy zwierząt domowych przez wydawnictwa, popularne wykłady, odczyty radjowe i t. d., zainteresowanie ziemiaństwa i rolnictwa akcją racjonalnego zwalczania

gruźlicy zwierząt domowych, jako też rozpoczęcie akcji próbnych szczepień Calmettowskich w oborach, pod ścisłym nadzorem lekarzy weterynaryjnych w porozumieniu z prof. Drem Nowakiem, który powyższą akcję prowadzi w Polsce z ramienia międzynarodowego Kongresu przeciwgruźliczego. Postanowiono też zwrócić się do Ministerstwa Rolnictwa w sprawie subwencji oraz do Wielkopolskiej Izby Rolniczej i Małopolskiego Towarzystwa Rolniczego w sprawie współpracy. W końcu wybrano zastępcą przewodniczącego sekcji Dra Haydukiewicza, naczelnika Wydziału weter. Województwa, oraz sekretarzem Drkę Maternowską. Pierwszy wykład popularny z ramienia Towarzystwa wygłosi w najbliższych dniach doc. Dr. Mglej w kinie Marysieńka, a odczyty radjowe Drka Maternowska, Dr. Kwiatkowski i Dr. Karnecki.

Łódź.

Łódzkie Towarzystwo Lekarskie. Na posiedzeniu w dn. 13. I. na rok 1932 zostali wybrani: Prezes: Dr. Sew. Sterling. Wiceprezesi: Dr. B. Frenkiel i H. Ruegier. Sekretarze: Dr. A. Tenenbaum i B. Czaplicki. Skarbnik: Dr. T. Mogilnicki. Bibljotekarze: Dr. Z. Prechner i M. Kocen.

Poznań.

Walne Zebranie Wydziału Lekarskiego T. P. N. odbyło się w piątek, dnia 22 stycznia 1932 r. o godz. 20,15, z następującym porządkiem obrad: 1. Pokazy. 2. Sprawozdania: a) prezesa, b) sekretarza, c) skarbnika, d) komisji rewizyjnej.3. Wybór nowego zarządu. 4. Komunikaty: a) Mjr.-lek. dr. R. Pisarczyk: Odczyn citocholowy a odczyn Wassermanna; b) Ppłk.-lek. dr. T. Kucharski: dieta ziemniaczana, jako dieta przeciwbiegunkowa; c) Mjr.-lek. dr. S. Linke: Odczyn nukleinowy Żebrowskiego w chorobach gorączkowych. 5. Wykład: Dr. K. Neyman: Zawartość mocznika we krwi, a w ślinie, soku żołądkowym, wysiękach opłucnych i jej znaczenie w klinice.

Z kraju.

Choroby zakaźne w Polsce. (Według urzędowych danych).

Nazwa chorób	Tydzień 47 od 15-21/XI 1931 r.		Tydzień 48 od 22-28/XI 1931 r.		Tydzień 49 od 29/XI do 5/XII 1931		Tydzień 50 od 5—12/XII 1931 r.	
	zach.	zgony	zach.	zgony	zach.	zgony	zach.	zgony
Dżuma	—	—	—	—	—	—	—	—
Ospa	—	—	—	—	—	—	—	—
Cholera azjatycka	—	—	—	—	—	—	—	—
Dur brzuszny	242	14	253	26	200	24	191	14
Paradury	—	—	1	—	—	—	—	—
Dur plamisty	16	2	28	2	32	—	22	6
Dur powrotny	2	—	—	—	—	—	—	—
Czerwonka	7	2	3	—	3	—	2	1
Płonica	453	20	392	14	407	11	377	13
Błonica	440	26	432	31	431	21	379	17
Zap. op. mózg. (nagminne)	3	2	8	—	5	1	11	2
Odra	537	5	517	2	399	1	451	1
Róża	85	5	98	5	75	4	65	4
Krztusiec	143	3	165	2	180	3	141	2
Zimnica	1	—	1	—	—	—	—	—
Gorączka połogowa	28	12	22	7	27	13	17	4
Trąd	—	—	—	—	—	—	—	—
Jaglica	281	—	380	—	330	—	239	—
Wąglik	3	—	—	—	—	—	—	—
Nosacizna	—	—	—	—	—	—	—	—
Włośnica	2	—	—	—	1	—	1	—
Wścieklizna	—	1	—	—	—	—	—	—
Zatrucie mięsne	3	—	—	—	—	—	—	—
Choroba Heine Medina	—	—	—	—	—	—	1	—
Twardziel	1	—	—	—	2	—	2	—
Inne choroby zakaźne	136	3	131	6	144	3	147	3

Ruch służbowy w Państwowej Służbie Zdrowia za miesiąc grudzień 1931 r. W Zarządzie Centralnym: przeniesieni w stan spoczynku: Jan Podbielski, w stanie nieczynnym radca ministerjalny w VI. st. sł. w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych, na podstawie art. 29 znowelizowanej ustawy emerytalnej z dniem 31 grudnia 1931 r. dekretem z dnia 30. XI. 1931 r. Marja Blusowa, w stanie nieczynnym rejestrator w X. st. sł. w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych, na podstawie art. 29 znowelizowanej ustawy emerytalnej z dniem 31 grudnia 1931 r. dekretem z dnia 9. XII. 1931 r. — W Państwowych Zakładach Służby Zdrowia: przeniesieni w stan spoczynku: Zofja Szwojnicka, w stanie nieczynnym asystent w VIII. st. sł. w Państwowym Zakładzie Higjeny w Warszawie, na podstawie art. 29 znowelizowanej ustawy emerytalnej z dniem 31 grudnia 1931 r. dekretem z dnia 9. XII. 1931 r. Elka Helena Rabinowiczówna, w stanie nieczynnym asystent w VIII. st. sł. w Państwowym Zakładzie Higjeny w Warszawie na podstawie art. 29 znowelizowanej ustawy emerytalnej, z dniem 31 grudnia 1931 r. dekretem z dnia 22. XII. 1931. — We Władzach II. Instancji: mianowani: Dr. Andrzej Kosiński, kontr. pracownik w VII. gr. up. w Urzędzie Wojewódzkim Lubelskim, do odwołania inspektorem lekarskim w VII. st. sł. w dotychczasowem miejscu służbowem, dekretem z dn. 28. XII. 1931 r. Dr. Antoni Kosubowski, prowizoryczny lekarz powiatowy w VII. st. sł. w Starostwie powiatowem w Białymstoku, do odwołania referendarzem w VII. st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim w Białymstoku, dekretem z dn. 28. XII. 1931 r. — Przeniesieni w stan spoczynku: Dr. Władysław Pałżewicz, referendarz w VII. st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim w Toruniu, na podstawie art. 29 znowelizowanej ustawy emerytalnej z dniem 31 grudnia 1931 r. dekretem z dnia 2. XII. 1931 r. — We Władzach I. Instancji: mianowani: Dr. Adam Zabłocki, referendarz w VII. st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim w Białymstoku, lekarzem powiatowym w VII. st. sł. w Starostwie grodzkiem Białostockiem, dekretem z dnia 28. XII. 1931 r. Dr. Jan Walewski, prowizoryczny pom. lekarza powiatowego w VII. st. sł. w Starostwie powiatowem w Białymstoku, lekarzem powiatowym w VII. st. sł. w dotychczasowem miejscu służbowem, dekretem z dnia 28. XII. 1931 r. — Zmarli: Dr. Liebergal Michał, lekarz powiatowy w VIII. st. sł. w Starostwie powiatowem Tarnopolskiem, dnia 18. XII. 1931 r.

Ze świata.

Międzynarodowy Kongres Lekarski w Vichy. Wyłączny temat: Kamica żółciowa. Międzynarodowy Kongres Lekarski o kamicy żółciowej odbędzie się w Vichy w dniach od 19 do 22 września 1932 roku pod przewodnictwem profesora Carnot'a, członka Académie de Médecine. Obrady jego podzielone zostaną na sekcje: 1. Teoretyczno-diagnostyczną, 2. Chirurgiczną, 3. Terapji i wodolecznictwa, 4. Elektro — radjo- i fizjoterapji. Tytuły referatów winny być przesłane do Sekretarjatu Głównego najpóźniej do dnia 1 czerwca 1932 r. Treść referatów wygłoszonych na Kongresie ma być, po przepisaniu na maszynie, poprawieniu w formie ostatecznej, złożona w Sekretarjacie Głównym. Referat nie powinien przekraczać pięciu stron pisma maszynowego, po 40 wierszy na stronie i po 68 liter w wierszu. Wobec znacznej już liczby zgłoszonych referatów, każdy z uczestników będzie mógł przemawiać raz jeden, a czas przemówienia ograniczony zostaje do 10 minut. Wpisowe ustalone zostało dla członków w wysokości 50 fr franc.; obejmuje ono już koszt sprawozdania z Kongresu, które rozesłane zostanie później uczestnikom. Uczestnikom towarzyszyć mogą członkowie ich rodzin, którzy chcieliby wziąć udział w uroczystościach i przyjęciach, organizowanych z racji Kongresu; każdy z uczestników winien podać liczbę towarzyszących mu osób i za każdą z nich wpłacić wpisowe w wysokości 25 fr. franc. Wszelkie informacje uzupełniające przesłane zostaną uczestnikom Kongresu w czasie późniejszym. P. P. Lekarze, którzy chcieliby wziąć udział w Kongresie, proszeni są o zgłoszenie go pod adresem: Secrétariat Général du Congrès, 24 Boulévard des Capucines, Paris; tam również przesyłać należy wszelką korespondencję.

Trzeci Międzynarodowy Kongres Techniki Sanitarnej i Higjeny Miast. Trzeci Międzynarodowy Kongres Techniki Sanitarnej i Higjeny Miast odbędzie się w Lyon (Francja) w czasie od 6 do 9 marca 1932. Komitet organizacyjny otrzymał już zgłoszenia udziału wielu państw europejskich, amerykańskich i t. d. Następujące kwestje będą roztrząsane na Kongresie: I. Higjena komunikacji (koleje, autobusy, garaże). II. Higjena mieszkania (materjały budowlane, kanalizacja, czyszczenie lokali, ogrzewanie, oziębianie, wentylacja, oświetlenie. Domy robotnicze. Tanie domy). Mieszkanie Zbiorowe (szkoły, łaźnie i baseny, sale zebrań). Prawodawstwo sanitarne zbiorowych pomieszczeń. Sztuka, a technika budownictwa sanitarnego. III. Szpitale i urządzenia społeczne (pogotowia, żłobki dla dzieci, poradnie dla matek, ambulatorja). IV. Higjena atmosfery (mgły, dymy i inne wyziewy, proch). V. Dezynfekcja i deratyzacja. Profilaktyka ogólna. Profilaktyka gruźlicy. VI. Higjena przemysłu. Zabezpieczenie przeciw wypadkom przy pracy. W czasie kongresu odbędzie się zjazd Syndykatu Higjenistów Francuskich oraz Dzień Inżyniera-Architekta. Dla ilustracji Kongresu zorganizowana będzie równocześnie Wystawa techniki sanitarnej i higjeny miast w ramach Międzynarodowych Targów Lyońskich. Koleje francuskie, polskie oraz wielu innych państw udzielają zniżek uczestnikom Kongresu. Wszelkich informacyj udziela Profesor Dr. Garin, Rue Menestrier, Lyon, Profesor Uniwersytetu Lyońskiego, lekarz Hotel-Dieu.